



# **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório do Estágio

## **A PROMOÇÃO DO CONTACTO PELE A PELE – UMA COMPETÊNCIA DO EEESMO**

**Cristina Isabel Salgado Figueiras**

**Lisboa  
2018**



# **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

**Relatório do Estágio**

## **A PROMOÇÃO DO CONTACTO PELE A PELE – UMA COMPETÊNCIA DO EEESMO**

**Cristina Isabel Salgado Figueiras**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Isabel Maria Guerra Gordinho de Rogado Serra**

**Lisboa  
2018**

**Não contempla as correções resultantes da discussão pública**

*“Tudo o que um sonho necessita para ser realizado, é de alguém que acredite que ele possa ser realizado”*

Roberto Shinyashiki

## **AGRADECIMENTOS**

Expresso aqui o meu mais sincero agradecimento a todos aqueles que de alguma forma me ajudaram nesta tão longa caminhada.

Ao meu marido, por toda a paciência, apoio, dedicação e empenho durante esta fase da minha vida.

Aos meus pais, à minha irmã, à minha sogra e à Carla pela ajuda sempre disponibilizada.

À minha orientadora, Professora Isabel Serra, pelo seu apoio, amabilidade e incentivo ao longo do meu percurso.

À minha orientadora local EEESMO L.G. pela sua dedicação, empenho e pela partilha de experiências.

E por fim ao meu chefe e à chefe do Bloco de Partos, aos meus amigos e colegas de trabalho, por toda a ajuda e apoio.

## **LISTA DE SIGLAS**

**ABCF** – Auscultação dos Batimentos Cardio-fetais

**BP** - Bloco de Partos

**CMESMO** - Curso de Mestrado Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**CPP** - Contacto Pele a Pele

**CTG** - Cardiotocógrafo

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**EEESMO** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**EESMO** - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia

**ER** – Estágio com Relatório

**IAHB** - Iniciativa Hospitais Amigo dos Bebés

**JBI** – Joanna Briggs Institute

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PBE** – Prática Baseada na evidencia

**RABA** - Ruptura Artificial de Bolsa Amniótica

**RE** – Relatório de Estágio

**RCEESMO** - Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**RN** - Recém-Nascido

**SBN** – Sociedade Brasileira de Neonatologia

**SUOG** - Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

**STSC** - Skin to Skin Contact

**TP** - Trabalho de Parto

**UNICEF** - Fundo Internacional das Nações Unidas UNICEF

## RESUMO

A vigilância da mulher e família desde a fase pré-concepcional até à menopausa são esferas de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Ao longo dos últimos anos o processo da parentalidade tem vindo a modificar-se e os Enfermeiros são desafiados diariamente no encontro de culturas, prestando cuidados individualizados, procurando tornar o processo do nascimento o mais natural possível, flexibilizando protocolos e rotinas institucionais de acordo com as preferências da mulher/casal.

Esta obra é o fruto da prática reflexiva sobre o percurso realizado de aprendizagem durante o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, mais especificamente da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, dando especial atenção ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à mulher/recém-nascido e família durante o trabalho de parto e puerpério e em situações de urgência obstétrica e ginecológica.

Pretendeu-se ainda, aprofundar conhecimentos sobre o contacto pele a pele (CPP), os seus benefícios e a sua promoção como uma intervenção realizada fundamental durante o parto tendo como suporte o modelo teórico de adaptação de Callista Roy. No sentido de conhecer o estado da arte relativamente à temática a metodologia utilizada foi a “*Scooping Review*”, que me permitiu aprofundar conhecimentos e planejar as atividades que foram realizadas, fundamentando-as à luz da melhor evidência científica disponível, permitindo a reflexão dos resultados obtidos e a suas implicações na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A abordagem desta temática destacou a posição privilegiada do EEESMO na realização do CPP durante o parto e ainda evidenciou as potencialidades deste cuidado para a mãe e para o seu recém-nascido, recebendo o EEESMO visibilidade e autonomia na promoção do parto normal.

**Palavras chaves:** “contacto pele a pele”, “mãe”, “recém-nascido” e “parto”

## **ABSTRACT**

The surveillance of the woman and family from the preconceptional phase to the menopause are spheres of action of the Nursing Specialist in Maternal and Obstetrical Health Nursing.

Over the last few years the process of parenting has been changing and Nurses are challenged daily in the encounter of cultures, providing extremely individualized care, trying to make the birth process as natural as possible, flexibilizing protocols and institutional routines according to woman's preferences.

This report is the result of reflective practice on the course of learning during the Masters Course in Nursing of Maternal Health and Obstetrician, more specifically of the Curricular Unit of Internship with Report, giving special attention to the development of competences in the provision of specialized care to the woman / newborn and family during labor, puerperium and in obstetric and gynecological emergency situations.

It is also intended to deepen knowledge about skin-to-skin contact (STSC), its benefits and its promotion as a fundamental intervention during childbirth supported by the theoretical model of adaptation of Callista Roy. In order to know the state of the art in relation to the subject, the methodology used was "Scooping Review", which allowed me to deepen knowledge and plan the activities that were carried out, basing them in the light of the best scientific evidence available, allowing the reflection of the results and their implications for improving the quality of care provided.

The approach of this theme highlighted the privileged position of the midwife in the realization of STSC during childbirth and also evidenced the potential of this care for the mother and her newborn, receiving the midwife visibility and autonomy in the promotion of normal delivery.

**Key words:** "skin-to-skin contact", "mother", "newborn" and "childbirth"

# ÍNDICE

1. MODELO ADAPTATIVO DE CALLISTA ROY	13
2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM	15
2.1. Análise do Contexto	15
2.1.2. Caracterização da estrutura e dos recursos humanos do serviço de urgência obstétrica e ginecológica.	16
2.2. Análise do Percurso	19
2.2.1. Objetivo específico nº1	19
2.2.2. Objetivo específico nº2	21
2.2.3. Objetivo específico nº3	29
2.2.4. Objetivo específico nº4	31
2.2.4.1. Enquadramento teórico	31
2.2.4.2. O Significado do contacto pele a pele	32
2.2.4.3. As vantagens	33
2.2.4.4. Metodologia	34
2.2.4.5. A análise e reflexão das atividades desenvolvidas	37
2.2.5. Objetivo específico nº5	46
3.LIMITAÇÕES	48
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	
APÊNDICE I - FICHA DE LEITURA - Uso Rotineiro/Selectivo da Episiotomia	
APÊNDICE II - FICHA DE LEITURA - O Uso da Massagem Perineal na Redução do Trauma Perineal	
APÊNDICE III - GUIÃO DE ORIENTAÇÃO	



## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Mnemónica PCC.....	34
Tabela 2 – Resultados da pesquisa e descritores. ....	35
Tabela 3 - Resultados da Pesquisa .....	35
Tabela 4 - Comportamentos observados durante a realização do CPP .....	43

## Índice de Figuras

Figura 1 - Diagrama da distribuição dos Enfermeiros no Bloco de Partos.....	17
Figura 2 - Diagrama Prisma 2009 (Estratégia de Pesquisa da JBI).....	36
Figura 3 – Gráfico do Número de díades por tempo de CPP.....	41
Figura 4 – Gráfico sobre as Causas do Tempo de CPP .....	42
Figura 5 – Gráfico sobre Amamentação exclusiva à alta do Puerpério.....	44

## INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são acontecimentos da vivência de um casal. Cada casal, vivencia-os de forma única, envolvendo ainda a família e a comunidade onde estão inseridos. A gravidez, o parto e o puerpério são desta forma eventos únicos, que se constituem como uma experiência enriquecedora para o casal com o nascimento do tão desejado filho.

Com o culminar da gravidez, surgem na mulher/casal receios e inseguranças relacionadas com o momento do parto, mas o desejo de conhecer o seu filho supera todos estes sentimentos.

Segundo Canavarro (2001) a vivência da gravidez e da maternidade tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos dependendo do contexto sociocultural de cada casal.

Realizando uma retrospeção sobre o parto, a influência do desenvolvimento tecnológico originou uma “medicalização” do parto. O parto foi institucionalizado nos hospitais e daí surgiram técnicas extremamente intervencionistas de forma a diminuir a mortalidade e morbilidade. Estas intervenções na assistência ao longo do ciclo vital, potenciaram nas mulheres uma desconfiança no processo fisiológico de um nascimento natural, ou seja, com o menos de intervenções possíveis. De acordo com Pinheiro (2015) só nos finais do século XX, através da análise e reflexão entre o custo-benefício da aplicação destes modelos intervencionistas, foram realizados esforços para promover práticas promotoras de um parto normal. Assim sendo emerge a importância de definir o parto normal, sendo este caracterizado como um evento fisiológico, sem intervenções invasivas, onde predomina a capacitação e o apoio à mulher/casal. Importa referir assim que diariamente se assiste por parte do EESMO a uma humanização do parto. Esta humanização do parto passa por informar e educar as parturientes a acreditar na gravidez e no parto como um processo fisiológico, onde elas são as protagonistas, dando-lhes a formação necessária para que possam tomar decisões seguras, de acordo com as suas crenças e a sua cultura. Sendo o EESMO coparticipante em todo este acontecimento.

A criação da Iniciativa do Hospital Amigo dos Bebés (IHAB, 2011) “deu voz” ao parto normal. De acordo com a UNICEF em Portugal existem 16 Hospitais Amigos dos Bebés. Este relatório de estágio (RE) foi realizado num hospital que faz parte desta iniciativa. Os Hospitais que fazem parte desta iniciativa cumprem diariamente os seus dez mandamentos, sendo que o contacto pele a pele e o início precoce da amamentação fazem parte do quarto mandamento desta iniciativa.

O Fundo Internacional das Nações Unidas (UNICEF, 2011) define o contacto pele a pele (CPP) como a colocação do recém-nascido (RN) nu, podendo colocar-se uma fralda ou gorro logo após o nascimento sobre o ventre da mãe. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) preconiza que a realização deste cuidado seja feita logo após o nascimento do RN e que só deverá ser protelado se a mãe ou RN não apresentar condições para a sua realização.

O CPP faz ainda parte dos indicadores do Projeto Maternidade com Qualidade – 2013 proposto pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013), o qual faz parte a unidade de cuidados de saúde onde realizei o Estágio com Relatório (ER), os objetivos deste projeto assentam na melhoria de qualidade dos cuidados, o aumento da acessibilidade aos cuidados, a satisfação do EESMO na prática e na existência dos recursos necessários. Existem já resultados de 2014, que evidenciam que o CPP é valorizado pela comunidade científica pelos seus benefícios.

Desta forma a minha atuação tornou-se ainda mais pertinente como contributo para a melhoria de qualidade de cuidados prestados no serviço e para a implementação e execução do Projeto Maternidade com Qualidade. Para além do acima exposto escolhi esta temática por motivos de ordem pessoal.

De forma a finalizar o plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), realizei o último Ensino Clínico em contexto de Bloco de Partos, denominando-se “Estágio com Relatório” (ER), que foi realizado entre 22 fevereiro e 9 de julho do ano 2017, no bloco de partos e urgência obstétrica/ginecológica num Hospital da Península de Setúbal.

No início de 2016 iniciei a elaboração de um projeto sobre a temática do CPP, que foi executado ao longo do ano de 2016 e 2017 durante os ensinamentos clínicos e em particular durante esta unidade curricular.

De acordo com Vasconcelos (2009) o relatório é um documento que retrata com detalhe o trabalho executado ao longo do estágio. Assim sendo, o mesmo, é uma

reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas, fundamentando o meu processo de aprendizagem necessárias para a concretização do título de Mestre/Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Tendo em conta o guia orientador da Unidade Curricular defini como objetivos principais deste relatório:

1. Relatar, analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas durante o Estágio com Relatório para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados no âmbito da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica;

2. Analisar as vivências durante o percurso de aprendizagem à luz da evidência científica;

3. Refletir sobre as competências desenvolvidas na promoção do contacto pele a pele, fundamentando-as com base na “*Scoping Review*”.

4. Divulgar as aprendizagens decorrentes na comunidade científica sobre o projecto desenvolvido.

Assim sendo pretendo, com este trabalho relatar o meu desenvolvimento profissional ao longo do ER, refletir sobre as atividades realizadas e fundamentando-lo de acordo com as competências específicas do EEESMO preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e da Confederação Internacional de Parteiras (ICM).

Este relatório encontra-se dividido por cinco capítulos. No primeiro capítulo é exposto o modelo adaptativo de Callista Roy, que norteou o percurso de aprendizagem. No segundo capítulo são abordadas as atividades desenvolvidas, assim como a sua análise e reflexão para a aquisição das competências do EEESMO, no terceiro capítulo apresento as limitações do trabalho, no quarto capítulo as considerações finais e por último, no quinto capítulo as referencias bibliográficas deste relatório.

## 1. MODELO ADAPTATIVO DE CALLISTA ROY

O nascimento de um novo ser representa um processo complexo a nível físico, psicológico e social, exigindo por esse motivo um processo complexo de adaptação, não só a nível pessoal, mas de casal e ou familiar. É neste sentido que a teoria de Callista Roy surge como o meu guia neste percurso.

Neste sentido parece-me importante clarificar os conceitos e a importância das teorias de enfermagem.

Segundo Hickman (2000) a Enfermagem preocupa-se com quatro conceitos principais: a *pessoa*, a *saúde*, o *ambiente* e a *Enfermagem*. Os conceitos são por definição, elementos usados para construir teorias. Os quatro conceitos a *pessoa*, *saúde*, o *ambiente* e a *Enfermagem* juntos formam o meta-paradigma da Enfermagem. No meta-paradigma, cada conceito espelha uma abstração. Ou seja, de acordo com esta autora, a *pessoa* representa o indivíduo (sendo o indivíduo que recebe os cuidados), a *saúde* representa o bem-estar, o *ambiente* serão as imediações. E a *Enfermagem* é a ciência, a arte da disciplina. Assim sendo, as teorias de Enfermagem interligam estes quatro conceitos. E a pesquisa em Enfermagem, utilizando métodos quantitativos e/ou qualitativos, enaltece a teoria.

Após realização de pesquisa sobre a teórica de Enfermagem, foi escolhido o modelo de adaptação da Callista Roy. Os quatro elementos fundamentais desta teoria são: a *pessoa*, os cuidados de enfermagem, o conceito de ambiente, o conceito de *saúde* e a *Enfermagem*.

A *pessoa* é neste caso, o recetor dos cuidados de enfermagem, e cada indivíduo é visto como um sistema adaptativo holístico. O *ambiente*, é representado estímulos em redor da pessoa. Para Roy, citada por George a *saúde*, “*um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada*”. (George, 1995 p.210) A *Enfermagem* irá promover as respostas adaptativas e reduzir as respostas ineficazes como comportamentos de saída da pessoa.

Callista Roy explica ainda que um sistema adaptativo implica dois conceitos, o de sistema e o de adaptação. No sistema, de acordo com o autor, as pessoas são sistemas vivos, ou seja, as pessoas estão em constante interação com ambiente e entre eles existe permuta de matéria e de energia. Desta forma um sistema tem

entradas de estímulos (focal, contextual e residual) e níveis de adaptação, saídas como respostas comportamentais (internas ou externas), que serão respostas adaptativas ou inefetivas. As respostas comportamentais adaptativas serão as que promovem a integridade da pessoa e as respostas inefetivas quando a pessoa não consegue atingir a resposta adaptativa, neste caso, de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio.

Callista Roy, define desta forma quatro modos adaptativos: *modo fisiológico*, *autoconceito*, *função do papel* e o *modo de interdependência*. Primeiramente o modo fisiológico representa a resposta física aos estímulos ambientais e envolve o sistema regulador. O modo do autoconceito, relaciona-se com o psíquico, psicológico e espiritual da pessoa. O modo de função de papel, representa os padrões de interação social da pessoa em relação aos outros. O modo de interdependência está relacionado com os padrões do valor humano, amor, respeito e valor.

Com o nascimento o RN realiza uma série de adaptações que normalmente são realizadas com praticamente nenhuma dificuldade, mas o EEESMO deve promover e facilitar a adaptação do mesmo e da mulher durante esta transição, promovendo o CPP, tendo em conta que o mesmo facilita ambas adaptações.

Posto isto, infere-se que no processo de adaptação à vida extra-uterina através do CPP promove-se os quatro modos adaptativos definidos por Callista Roy, tendo a finalidade de obter as respostas adaptativas durante o período de transição para a vida extra-uterina.

## 2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM

### 2.1. Análise do Contexto

#### 2.1.1. Finalidade e Objetivos do Estágio com Relatório

A formação continua dos Enfermeiros não surge apenas para o desenvolvimento pessoal mas também como uma responsabilidade ou ate mesmo um compromisso para com a profissão, promovendo a mudança, o aumento e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) e as competências relatadas pela International Confederation of Midwives (ICM, 2010), as necessidades individuais, do local de estágio e do preconizado pela Unidade Curricular, apresentam-se os seguintes objetivos específicos:

- 1. Desenvolver competências para cuidar da mulher inserida na família e na comunidade, com complicações durante o pré-natal, que recorre ao serviço de urgência obstétrica e ou a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica potenciando a sua saúde.*
- 2. Desenvolver competências para prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na comunidade e família durante os quatro estádios do trabalho, promovendo o bem-estar e conforto da parturiente, RN e família.*
- 3. Desenvolver competências na prestação de cuidado especializado ao RN, favorecendo a sua otimização à vida extrauterina, potenciando a sua saúde.*
- 4. Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na promoção do contacto pele a pele.*

Passo agora a caracterização da estrutura do serviço de urgência obstétrica e ginecológica e, posteriormente, à descrição e análise das atividades desenvolvidas ao longo do ER.



### 2.1.2. Caracterização da estrutura e dos recursos humanos do serviço de urgência obstétrica e ginecológica.

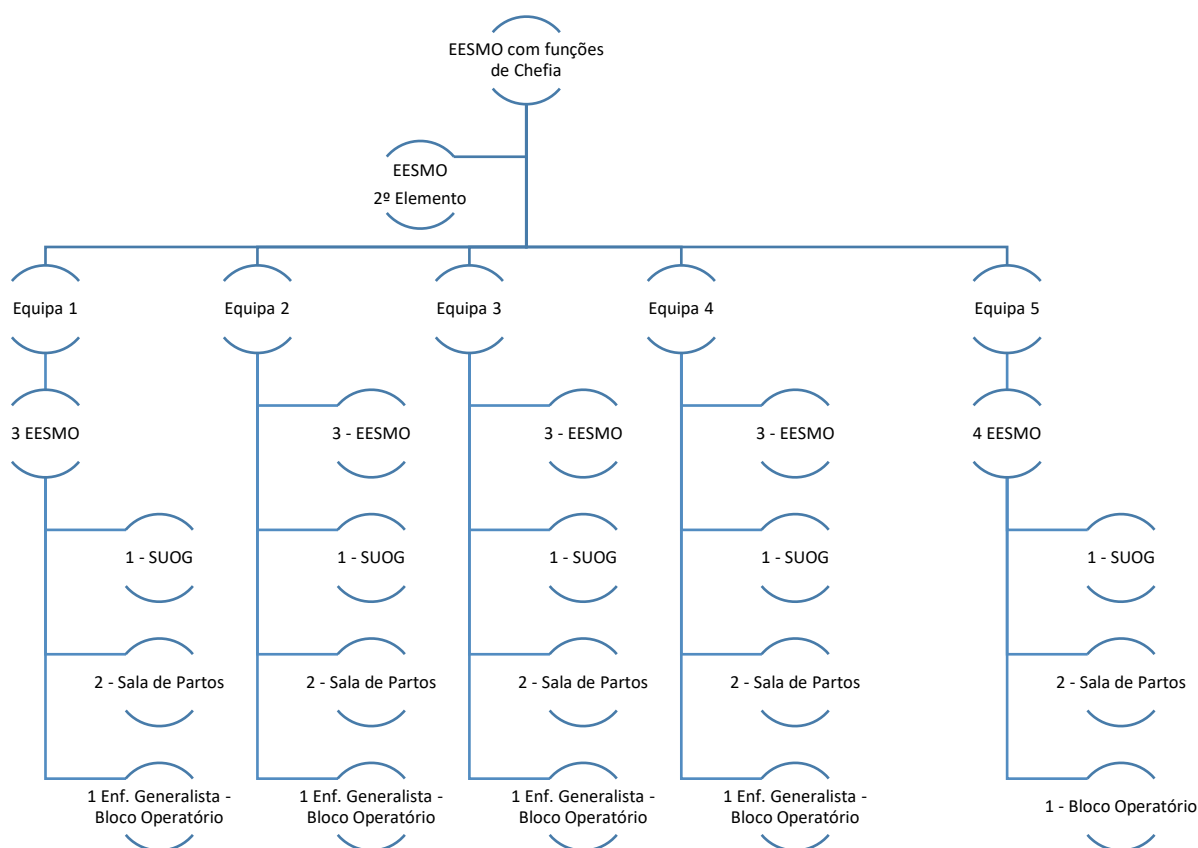
O ER foi desenvolvido num Hospital da península de Setúbal. Este Centro Hospitalar, abrange quatro concelhos da margem sul.

A unidade de saúde da mulher é constituída pelo serviço de obstetrícia, consulta de obstetrícia, serviço de ginecologia (piso 5), consulta de ginecologia (piso 5) e serviço de urgência ginecológica e obstétrica (onde se encontra o bloco de partos) no piso 1. O serviço de urgência ginecológica e obstétrica (SUOG) divide-se em quatro áreas separadas por portas: admissão, bloco de partos (BP), bloco operatório e recobro.

A entrada do SUOG é restrita sendo realizado o acesso ao serviço através de código de segurança e à entrada encontra-se uma sala de espera específica só para estas utentes, aguardando os familiares fora desta zona. O SUOG divide-se fisicamente em duas áreas, uma inicial onde se encontra o serviço de urgência e onde existe uma sala de triagem realizada por EESMO, três sanitários, duas salas de observação médica e uma sala para realização de ecografias e cardiotocografia.

Existe uma segunda área separada por portas onde existem as salas de parto, com capacidade para 7 parturientes e ainda a disponibilidade do acompanhante estar em permanência com cada parturiente. Em cada uma destas salas de parto, existe uma cama de parto, um reanimador de recém-nascido (RN), um cardiotocógrafo ligado à central e ainda todo o material necessário para a realização de um parto. Existem ainda duas salas operatórias, uma de maior dimensão mais usada para uma cesariana dotada com todo o material necessário utilizado para este tipo de intervenção e ainda um reanimador do RN e outra mais pequena mais usada para intervenções ginecológicas dotada com todo o material necessário para a realização das mesmas. Perto da zona do bloco operatório existe ainda uma sala própria para o RN denominada de berçário, mais usada em situações emergentes que dispõe para além de todo o material necessário com reanimador de RN, uma incubadora de transporte neonatal. Para além disto, existe uma sala de recobro, com capacidade para 2 puérperas.

Relativamente aos recursos humanos, o serviço é dotado por um total de 22 Enfermeiros, existindo uma Enfermeira com funções de chefia detentora do título de EESMO e do grau de mestre e 17 EEESMO e 3 Enfermeiras Generalistas. A maioria das Enfermeiras exerce as suas funções em regime de *roulement*. No turno da manhã, tarde e noite geralmente encontram-se escalados quatro enfermeiros. A equipa é dotada ainda de uma equipa de auxiliares e de uma equipa de médicos obstetras e ginecologistas que dão apoio ao longo das 24 horas. Assim sendo o BP é constituído por quatro equipas de Enfermeiros, sendo cada uma constituída por três EESMO e um Enfermeiro Generalista, à exceção de uma das equipas que é só constituída por quatro EESMO. Desta forma em cada turno o chefe de equipa divide os três EEESMO's entre o SUOG (um EESMO), a sala de partos (dois EESMO) e o Enfermeiro Generalista dá apoio ao Bloco Operatório e ainda às salas de parto conforme o diagrama abaixo. (Figura 1)



**Figura 1 - Diagrama da distribuição dos Enfermeiros no Bloco de Partos**

No BP o método de prestação de cuidados de enfermagem preconizado é o método de equipa, em que é da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa a distribuição dos cuidados dos restantes enfermeiros durante o turno. Este modelo de prestação assenta na particularidade em que a assistência é meticulosamente guiada e supervisionada por um enfermeiro que é líder (Costa, 2004). Assim sendo é o chefe de equipa que planifica a distribuição dos cuidados, de acordo com as suas competências, toma decisões face a discordâncias de ordem técnica ou organizacional e coordena o trabalho em situações de emergência. No entanto, por escassez de recursos humanos, existe a necessidade de conjugar o método de equipa e o método individual de trabalho, pois o chefe de equipa desempenha as tarefas descritas anteriormente e é responsável por determinadas utentes. Conjugando desta forma os dois métodos de trabalho. Possuindo o EESMO a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a cada utente assim como os registos dos cuidados realizados.

## 2.2. Análise do Percurso

De modo a sistematizar o percurso realizado, assim como a aquisição de competências, foram delineados os seguintes objetivos de acordo com a unidade curricular.

### 2.2.1. Objetivo específico nº1

*Desenvolver competências para cuidar da mulher inserida na família e na comunidade, com complicações durante o pré-natal e ou a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, que recorre ao serviço de urgência obstétrica potenciando a sua saúde.*

A prestação de cuidados especializados no SUOG requer ao EESMO um olhar atento à mulher e uma articulação entre conhecimentos técnicos, científicos e relacionais. Neste sentido tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a mulheres com patologia ginecológica assim como a grávidas que recorrem ao SUOG.

Considerando que a minha experiência profissional no serviço de urgência era praticamente nula, um dos maiores desafios sentidos foi a aplicação da triagem de Manchester.

Descrevendo a minha experiência, o primeiro contacto da mulher no SUOG é com a administrativa, que realiza a sua inscrição. Após efetivada a inscrição a mulher aguarda na sala de espera pela equipa de Enfermagem.

O acolhimento acontece na sala de triagem. É nesta sala que acontece o acolhimento e onde nos chegam mulheres e famílias ansiosas e preocupadas com o seu estado de saúde. Por isso é importante proporcionar um ambiente acolhedor, calmo, com uma comunicação verbal e não verbal eficaz e sem juízos de valor que nos permite compreender o outro dando resposta às suas inquietações, medos e necessidades.

É ainda neste momento que a mulher explica os sinais e sintomas presentes, são avaliados os sinais vitais e é realizada a anamnese através dos antecedentes pessoais e obstétricos/ginecológicos, história da gravidez atual e da consulta do

boletim de planeamento familiar e de saúde da grávida. Após a anamnese é atribuída uma cor dependendo das necessidades de cuidados individuais.

Relativamente ao foro ginecológico verifiquei que as causas mais frequentes de ida ao SUOG foram: perda sanguínea, aborto retido e doença inflamatória pélvica.

Relativamente ao foro obstétrico verifiquei que as causas mais frequentes de ida SUOG foram: algias pélvicas, contratilidade dolorosa, ameaça de parto pré-termo, rutura prematura de membranas e ainda início de trabalho de parto.

A diversidade de necessidades de cuidados da mulher que recorre ao SUOG proporciona um verdadeiro desafio para o EESMO, necessitando de providenciar cuidados de acordo com as necessidades individuais e culturalmente sensíveis.

Aquando do acolhimento à família, procurei entender as queixas da mulher e respeitá-la, procurando abster-me de juízos de valor e oferecendo disponibilidade e empatia.

Foi possível colaborar na prestação cuidados a mulheres em situação de aborto. O aborto espontâneo é definido como uma gravidez que termina antes das 24 semanas de acordo com a OMS. De acordo com Sotto-Mayor (2016) o aborto precoce, ou seja, no início da gestação é um frequente motivo de recorrência aos SUOG's

Foi difícil para mim a interação com a mulher e a família nesta situação específica. Uma vez que, é uma perda de projeto de família. Já ao longo dos ensinamentos clínicos realizados me havia deparado com esta situação específica o que me levou ainda mais a refletir sobre a prestação de cuidados especializados nesta situação em particular. Sinto que há uma desvalorização/afastamento por parte dos profissionais sobre o impacto que o aborto tem na vida da mulher/casal. A mulher que se encontra nesta situação vivencia um processo de luto. Neste sentido, procurei estar sempre presente com a mulher/pessoa significativa, disposta a ouvi-los, entender as suas necessidades individuais e ajudando-os a compreender a sua perda. Posto isto, incentivei o casal a relatar a sua dor e sentimentos face à situação vivenciada.

Tive a oportunidade de prestar cuidados especializados na vigilância de grávidas com alterações do bem-estar materno-fetal através de intervenções autónomas conforme o Regulamento de Competências da especialidade do EESMO: avaliação de sinais vitais; realização do exame vaginal; avaliação da estática fetal; avaliação do

bem-estar materno-fetal através da auscultação dos batimentos cardíaco-fetais (ABCF); monitorização cardiotocográfica. E intervenções interdependentes como a colheita de produtos e administração de terapêutica, entre outros.

Importa referir ainda que tendo em conta as diversas situações vivenciadas foi possível a realização de educação para a saúde de forma individualizada nos diferentes contextos incentivando a adoção do uso de contraceção de forma a evitar a presença de uma gravidez indesejável, assim como, através incentivo na adesão aos rastreios oncológicos e à vigilância da saúde da mulher. Relativamente à gravidez foi possível a realização de educação para a saúde através da consciencialização da importância dos sinais de alarme para o qual devem recorrer ao SUOG e ainda sobre a prevenção dos desconfortos ao longo da gestação.

Em algumas destas situações houve ainda necessidade de transferência para o serviço de ginecologia ou de obstetrícia articulando desta forma os cuidados inicialmente prestados com a vigilância contínua no internamento.

Foram ainda vivenciadas por mim e pela orientadora local situações onde a multiculturalidade esteve presente, adaptando-se as intervenções face aos valores e as crenças de cada mulher, o enfermeiro que presta cuidados especializados de acordo com a cultura da mulher/família, entende melhor os seus comportamentos e os seus valores, praticando cuidados culturalmente sensíveis.

De acordo com o acima referido, o percurso efetuado com a reflexão constante sobre a prática com a orientadora local sobre as diferentes situações proporcionaram o desenvolvimento das competências específicas do EESMO nas unidades de competência H2, H3, H5 e H6 e do ICM, nas unidades 2,3,5 e 7.

#### 2.2.2. Objetivo específico nº2

*Desenvolver competências para prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na comunidade e família durante os quatro estádios do trabalho, promovendo o bem-estar e conforto da parturiente, RN e família.*

Ao longo do ensino clínico tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a 72 parturientes e convivente significativos.

De acordo com o preconizado pela OE (2015) o EESMO tem como esfera de atuação a prestação de cuidados à mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo, de forma holística, valorizando as suas relações interpessoais e considerando ainda o ambiente onde a mesma se insere. Assim sendo, é responsável por cuidar da mulher ao longo do trabalho de parto, executando o parto em ambiente seguro, otimizando a saúde da mulher e do RN. (OE, 2015).

Sendo o trabalho de parto um conjunto de eventos fisiológicos que quando iniciados resultam na extinção e dilatação do colo uterino à progressão fetal e à sua expulsão para o exterior. O trabalho de parto de acordo com Lowdermilk e Perry (2008) encontra-se dividido em quatro estádios. Sendo que o primeiro estágio se inicia com o apagamento e dilatação do colo, o segundo, inicia-se após a dilatação completa até à expulsão do feto, o terceiro, desde o nascimento até à expulsão da placenta, e por último, o quarto que compreende as duas primeiras horas após o parto.

As 72 mulheres a quais prestei cuidados apresentavam-se numa faixa etária compreendida entre os 19 e os 41 anos, com uma média de idades de 30,3 anos. Dos casais que acompanhei apenas 15 frequentaram o curso de preparação para o nascimento e apenas 26 tinham plano de parto.

Ao longo do presente ensino ER tive oportunidade de prestar cuidados a 72 mulheres, tendo sido possível acompanhar a evolução do trabalho de parto a 46 e realizar o parto a 42, a observação e colaboração em partos distócicos foi de 4.

Antes de mais, verifiquei que um bom acolhimento no bloco de partos é essencial para estabelecer um bom relacionamento com a parturiente e a pessoa significativa. Segundo Santos (2014) *“o acolhimento é uma peça fundamental do atendimento à gestante para o processo parturitivo, pois é nesta fase que ela cria confiança com a equipa de profissionais que irá atende-la durante o trabalho de parto”*. Posto isto, procurei sempre apresentar-me, identificando-me como aluna do CMESMO, obtendo assim o consentimento da mulher para a prestação de cuidados, mostrando disponibilidade, assim como apresentando o espaço físico do BP. De acordo com Correia (2013) o acolhimento não compete apenas informar sobre as rotinas do serviço, ele insere-se numa dimensão maior, a da relação de ajuda. Assim sendo, diariamente procurei ser cordial, chamar a parturiente pelo nome, explicar os

procedimentos e intervenções, escutar, garantir o conforto e a privacidade e incluir o convivente significativo nos cuidados prestados.

No sentido de conhecer e de conduzir cada parturiente/convivente significativo ao longo do acolhimento realizava a entrevista inicial e a observação física e obstétrica da mulher. Nesta entrevista inicial abordava: sinais iniciais [contratilidade (frequência e duração), ruptura de bolsa amniótica, a presença dos movimentos fetais, índice obstétrico, idade gestacional, história obstétrica, história ginecológica, grupo sanguíneo, antecedentes pessoais, alergias, vigilância da gravidez atual, intercorrências, exames pré-natais e consultava o boletim de grávida. Desta forma detetava a atualização das serologias, a existência de doenças anteriores e durante a gravidez de forma a identificar e prevenir futuras complicações para a mãe e para o futuro recém-nascido, adaptando-se intervenções face os resultados encontrados. Na observação física após o consentimento realizava a observação do estado geral da parturiente, avaliação dos sinais vitais, manobras de Leopold, auscultação dos batimentos cardio-fetais (ABCF), altura do fundo uterino, exame vaginal (mediante as suas queixas). Existiu principalmente no início do ER alguma dificuldade na cervicometria assim como na avaliação da estrutura pélvica face ao pólo fetal que foi sendo superado diariamente com prática clínica. Para além disto, era no decorrer do acolhimento que incentivava a parturiente a comunicar os seus receios e as suas expectativas, considerando desta forma que o uso do plano de parto e a sua análise com a parturiente é dos primeiros cuidados a serem realizados com a mesma. De acordo com a OE (OE,2015) o plano de parto é um instrumento valioso para a EESMO uma vez que proporciona o conhecimento da parturiente.

Tive oportunidade ainda de acompanhar parturientes em trabalho de parto sem plano de parto, pelo que foram encorajadas a pronunciarem-se sobre as suas preferências, nomeadamente na monitorização fetal, nas estratégias de gestão da dor, posições verticalizadas, corte do cordão, CPP, aleitamento materno, entre outros conforme preconizado pela OE (OE, 2015) tendo sempre em conta o ambiente seguro de acordo com a competência H3.1.1. da OE *“Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto”* (OE, 2010, p.5). Esta discussão sobre as preferências das parturientes valoriza-a e capacita-a na tomada de decisão.



A envolvimento do convivente significativo ao longo do trabalho de parto para além de ser um direito da mulher, transmiti-lhe segurança e tranquilidade, por esse motivo deve ser incentivado (OE, 2015).

Uma dificuldade sentida ao longo do 1º estágio de trabalho de parto prendeu-se com o controlo da dor. No sentido de colmatar esta dificuldade e desenvolver competências relacionadas com o controlo da dor, as medidas farmacológicas e não farmacológicas, foi realizado alguma pesquisa bibliográfica através de pesquisa científica nas bases de dados e discutido com a orientadora local (uma vez que a mesma pertence a um projeto de massagem/reiki na parturiente/profissionais) sobre os métodos de alívio e controlo da dor. Os conviventes significativos foram ao longo do TP convidados, tendo alguns vindo a participar nos métodos de alívio da dor, como na massagem/reiki, na ajuda à parturiente na alternância de posições e no uso da bola de nascimento. É importante ter em conta tal que a parturiente não se deve sentir coagida a experienciar os métodos farmacológicos ou não farmacológicos (OE, 2015), o EESMO deve explicar as vantagens destas intervenções apoiando a decisão informada, proporcionando à mulher a escolha perante as suas necessidades.

Desta forma foi assegurado à parturiente/família um suporte contínuo, onde procurei satisfazer a parturiente na experiência do nascimento, proporcionando um ambiente confortável, com diminuição dos ruídos, ajuste da temperatura, das luzes, a música, o toque, assim como a presença do acompanhante e a sua importância no processo do nascimento, disponibilizando apoio à parturiente. De acordo com Amaral (2016) o significado da satisfação materna está mais relacionado com as atitudes e os comportamentos dos profissionais do que no alívio da dor, existindo uma forte ligação entre o suporte recebido durante o trabalho de parto (TP), a forma como se sentiram durante o mesmo e o bem-estar no pós-parto. Para além do acima exposto de acordo com a OE, podem surgir na mulher em trabalho de parto sentimentos de vulnerabilidade, pelo que um atendimento afetuoso, proporcionam à mulher o relaxamento e confiança que necessita respondendo de forma positiva às forças do TP. (OE, 2015)

Ao longo do primeiro estágio do TP executei intervenções de vigilância do bem-estar materno através da vigilância do estado geral, da estabilidade hemodinâmica, hidratação oral (da sua importância), eliminação vesical, e a vigilância do seu comportamento. Incentivei e encorajei a liberdade de movimentos e as posições

verticalizadas explicando-lhes a sua importância na progressão do seu trabalho de parto, de acordo com Lawrence (2009) as posturas verticais proporcionam trabalho de parto mais curtos e menos recurso a episiotomias. Marshall (2014) defende ainda que, as posições verticalizadas permitem uma descida mais rápida do feto e diminuição dos níveis de dor maternos. Das 72 parturientes acompanhadas, apenas 3 recusaram as posições verticalizadas ao longo do primeiro estágio de trabalho de parto, pelo que essa decisão foi respeitada. Foram executadas ainda ao longo do primeiro estágio de TP a vigilância do bem-estar fetal, com a finalidade identificar de forma atempada situações que comprometam o bem-estar. (OE, 2015, pág. 43).

Todas estas intervenções eram registadas no partograma, de acordo OE, o partograma é um instrumento fundamental uma vez que diagnostica a evolução do trabalho parto, oferecendo dados importantes para a sua condução. (OE, 2015)

De acordo com Lowdermilk & Perry (2008) o segundo estágio do TP inicia-se com dilatação cervical completa e termina com o nascimento do RN. Foi possível identificar após o acompanhamento do TP de algumas parturientes que esta fase se inicia por comportamentos verbais e não verbais da mesma com a necessidade de fazer força pelo estado de atividade uterina. Como acompanhei muitas mulheres com analgesia epidural, nesta fase houve necessidade de reorientar a mulher na realização dos esforços expulsivos e para a necessidade de prestar atenção ao seu organismo, conforme recomendado pela OE (OE, 2015, pag 44). Ao verificar a dilatação completa, de forma a garantir um ambiente seguro durante o parto conforme a competência H3.1.1 da OE, foi feita a lavagem das mãos, a desinfeção perineal, preparação da mesa de parto e organização do todo o material necessário. Durante o período expulsivo as mulheres às quais assisti ao parto preferiram a posição de sentada. Vários estudos efetuados identificam vantagens nas posições não horizontais nomeadamente na redução do tempo do 2º estágio do TP, redução da dor, redução das episiotomias, redução nos partos distócicos, entre outras (Sousa, 2014; Aguilar, 2013, Baracho, 2009)

Durante esta fase foi explicado à parturiente e convivente significativo os acontecimentos e foi promovida a confiança e encorajada a mulher para os esforços expulsivos, avaliando-se sempre a progressão da apresentação assim como o seu bem-estar através da monitorização da frequência cardíaca fetal continua. Houve necessidade em 3 situações da realização de rotura artificial da bolsa amniótica

(RABA). Este procedimento é precedido de uma observação atenta, na qual se deve avaliar, o tipo de apresentação, a dilatação cervical, excluindo-se situações de placenta prévia ou prolapso do cordão. Após a RABA é essencial a observação das características do líquido amniótico (coloração e quantidade) assim como a frequência cardíaca fetal devendo ser ainda todos estes eventos registados no partograma (Fonseca, 2016).

Ainda durante este período, procedi ao uso da manobra de Ritgen modificada, assim como, sempre que justificasse, à realização de episiotomia. Neste sentido foi feita uma ficha de leitura de forma a colmatar algumas dificuldades sentidas neste âmbito, uma vez que para mim era difícil identificar a necessidade do seu uso, que apresento no Apêndice I. Nos partos que acompanhei houve necessidade de realizar 18 episiotomias, sendo que nas restantes mulheres foram registadas 12 lacerações de grau I, 4 lacerações de grau II e 8 períneos intactos. Após a expulsão da cabeça, foi sempre realizada pesquisa de circular cervical, sendo necessária o corte do cordão na presença de circular cervical apertada, pelo o risco de hipóxia do feto. (Lowdermilk e Perry, 2008).

Após o nascimento, coloquei o RN em CPP com a mãe, à exceção das situações em que as mães recusaram, proporcionando e estimulando ainda a amamentação na 1ª hora de vida, implementando desta forma intervenções de promoção da vinculação e de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno de acordo com a competência H3.1 (OE, 2010, p.5). À exceção das situações em que foi necessário a realização do corte do cordão por circular cervical apertada, foi realizada a laqueação tardia do cordão pelos seus benefícios conforme o preconizado pela OMS (2018), no aumento das reservas de ferro e na redução da hemorragia intraventricular.

Outra vivência que me parece importante relatar, uma vez que me fez refletir face à minha atuação foi a de distócia de ombros. A distócia de ombros é considerada uma emergência obstétrica rara e imprevisível, podendo resultar em complicações graves tanto para mãe como para o RN. Em ambas as situações o único fator de risco encontrado seria a multiparidade, de acordo com Graça (2012). Para mim foi difícil a observação do sinal de tartaruga, definido pela retração da cabeça fetal imediatamente após a sua expulsão. Logo que feito o diagnóstico da situação são colocadas em prática uma série de medidas devidamente ordenadas HELPER: H - chamar ajuda, E - avaliar a necessidade de episiotomia, L - Manobra de McRoberts;

P - pressão supra-púbica, E - manobras de rotação interna; R - extração do ombro posterior; R - manobra de Gaskin. Em ambas as situações presenciadas a distocia foi resolvida através da manobra de McRoberts e da pressão supra-púbica. Sinto que estas duas situações específicas me permitiram refletir sobre a minha atuação, sobre a importância de avaliar os sinais de distocia, de manter a calma entre os profissionais e penso que será uma mais valia o treino regular das equipas para atuação nesta situação específica.

A dequitação, ou terceiro estágio TP, é iniciado logo após o nascimento e termina com a expulsão da placenta. Ao longo deste estágio tive uma conduta expectante, aguardando e observando os sinais de dequitação. Foram então presenciados os seguintes sinais: a mudança da forma discoide do útero para a ovoide, a saída súbita de sangue à vulva e a descida do cordão (Faria, 2016). É importante que o EESMO respeite o tempo fisiológico, uma vez que nem todos os descolamentos se dão no tempo estimado. O tempo de descolamento é variável, não devendo ultrapassar mais de uma hora (Graça, 2016). Após a observação dos sinais de descolamento era efetuada a manobra de Brandt-Andrews. Foram observados os dois mecanismos de dequitação, sendo mais comum o mecanismo de *Schultze*. Em dois casos específicos houve necessidade por suspeita de membranas fragmentadas de revisão digital e de controlo ecográfico.

Após a dequitação, verifiquei a formação do globo de segurança de pinard, as perdas de sangue e ainda procedi a avaliação criteriosa da placenta e das suas membranas. Esta avaliação é essencial para se perceber a existência de membranas fragmentadas e de cotilédones (Faria, 2016). Após a dequitação foi administrado profilaticamente ocitocina de forma a potenciar as contrações uterinas, prevenindo a hemorragia conforme preconizado pela OE (2015) e a OMS (2018).

Posteriormente, procedi a avaliação do períneo assim como a reparação das suas lesões. A sua reparação imediata promove a cicatrização e ainda diminui a possibilidade de infeção de acordo com Lowdermilk e Perry (2008). Ao longo do ER procedi à realização de 34 episiorrafias por vezes houve necessidade, por a mulher apresentar dor, de proceder à infiltração local de lidocaína a 2%, tendo sido desta forma desenvolvida a competência H3.3.4 “*avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação*” (OE, 2010, p.5). Considero que esta foi das competências instrumentais mais difíceis ao longo do ER, não só pela destreza e

técnica na sutura, mas também na identificação dos tecidos lacerados, considero que foi sendo superada com o apoio da orientadora local.

Foi ainda possível cuidar de 61 mulheres no puerpério imediato, correspondendo este período às primeiras duas horas após o nascimento (Faria, 2016). Durante este período existe uma maior probabilidade de ocorrerem hemorragias, pelo que nesta fase foi fundamental avaliar o útero através da palpação abdominal, vigiar as perdas sanguíneas, o períneo, a distensão vesical, os sinais vitais, assim como as queixas maternas. É importante ainda avaliar sinais de hemorragia como: palidez acentuada, sudorese, agitação, hipotensão, taquicardia ou até mesmo lipotímia. A identificação precoce de complicações previne o seu agravamento, potenciam a sua correção e previnem o seu agravamento. Após a avaliação do bem-estar da puérpera e do RN e completadas as duas horas de puerpério imediato, a puérpera e o RN eram transferidos para o serviço de obstetrícia, garantindo-se assim a continuidade dos cuidados, tendo sido desta forma desenvolvida a competência H4.2. *“diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do RN durante o período pós-natal”*. (OE, 2015, p.6)

Para além do acima exposto foi possível ainda cuidar de parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto, desenvolvendo desta forma esta competência referida na OE. Estas situações envolveram parturientes com patologia de diabetes gestacional, de pré-eclampsia, com o vírus da hepatite B e ainda com o vírus da imunodeficiência humana.

Houve necessidade da minha parte de uma atualização e pesquisa constante de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e de adquirir conhecimentos. Senti maior dificuldade no acompanhamento da mulher nos três primeiros estádios, do que no quarto estágio, pela inexperiência.

Para mim, o facto de acompanhar a maioria das mulheres ao longo do puerpério foi uma mais valia, porque permitiu-me acompanhar diariamente a sua evolução. Para além disso, ainda tive a oportunidade de acompanhar o trabalho de parto de três parturientes que já conhecia por situações de patologia materna, tendo sido para mim, uma mais valia, uma vez que já tinha pré-estabelecido com elas uma relação terapêutica de confiança.

Em suma, considero este objetivo alcançado, uma vez que as atividades desenvolvidas e a reflexão sobre as mesmas proporcionaram o desenvolvimento das competências H2, H3 e H4 do RCEEESMO da OE (2011) e do ICM nomeadamente nas unidades 3,4 e 5.

### 2.2.3. Objetivo específico nº3

*Desenvolver competências na prestação de cuidado especializado ao RN, favorecendo a sua otimização à vida extrauterina, potenciando a sua saúde.*

Durante o acolhimento à parturiente, verifiquei e organizei a unidade do RN, a fonte de calor, o oxigénio, assim como organizei em local acessível todo o material que fosse necessário para uma eventual reanimação, para além disso ao longo da entrevista inicial da parturiente prestei especial atenção à vigilância pré-natal, a história da gravidez, aos antecedentes pessoais maternos e ainda aspetos psicossociais do parto prevenindo eventuais complicações. Baptista (2016) refere que esta informação da avaliação inicial feita à parturiente é essencial na prevenção e antecipação de complicações anteparto e parto. Após o nascimento do RN são iniciados uma série de cuidados ao mesmo que favorece a sua adaptação assim como a sua avaliação (Lowdermilk & Perry, 2008). Ao longo do ER colaborei e prestei cuidados especializados a 51 RN.

Sempre que ocorria um parto distócico fiquei responsável com a colaboração da EESMO orientadora na prestação dos cuidados imediatos ao RN. Neste sentido foi desenvolvido competências na cooperação com outros profissionais de saúde uma vez que, estes partos são sempre assistidos pelo Pediatra.

A Avaliação do Índice de Apgar foi sempre realizada em CPP à exceção das situações em que os pais recusaram ou que o RN necessitou de reanimação (apenas num caso específico).

Para além disso todos os restantes cuidados como a colocação da pulseira eletrónica, a aspiração de secreções, a administração da vitamina K foram realizadas em CPP sempre que os pais o permitiram. A OMS defende a administração de vitamina K ao RN apenas ao fim de uma hora de CPP (OMS, 2018).

Sempre que possível ocorreu o clampeamento tardio do cordão conforme o preconizado entre 30 a 60 segundos de acordo com a ACOG (2017), uma vez que, melhora as reservas de ferro do RN, diminui a incidência em enterocolite necrosante e de hemorragia intraventricular.

Existiu uma situação específica de um RN pré-termo tardio, uma gestação de 35 semanas + 3 dias. Segundo as Diretrizes da Reanimação da Sociedade Brasileira de Neonatologia (2016) existe uma correlação entre a idade gestacional e a necessidade de reanimação, ou seja, quanto menor idade gestacional maior necessidade eventual de possível reanimação. Por isso neste caso específico e em todos os casos com pré-termos exista por parte das equipas em sala de partos uma maior atenção no nascimento dos mesmos.

Este RN foi colocado sobre o ventre materno e foi seco de forma a diminuir a perda de calor. Por se encontrar hipotónico e com a ausência de choro foi feita a clampagem imediata do cordão tendo sido levado para o reanimador. A fim de assegurar a permeabilidade das vias aéreas, foi colocada a cabeça em ligeira extensão e foram aspiradas secreções na boca e nas narinas. Após estes procedimentos o RN chorou com boa vitalidade, foi avaliado pelo pediatra e por apresentar boas condições gerais, foi colocado com um pano aquecido em contacto pele a pele com a mãe. Conforme o recomendado pela Sociedade Brasileira de Neonatologia (SBN, 2016), se RN com idade gestacional superior a 34 semanas não inicia respiração ou se se apresenta hipotónico recomenda-se a clampagem imediata do cordão, pelo risco de retardar o início de protelar o início da ventilação com pressão positiva e consecutivamente pelo maior risco morte neonatal. Desta forma foi desenvolvida a competência H3.2.7. *“assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina”*. (OE, 2010). Foi gratificante e extremamente enriquecedor compreender a importância do CPP na adaptação à vida extra-uterina do RN, uma vez que uma das maiores preocupações é a perda de calor, coloca-lo diretamente sobre o abdómen materno cobrindo-o com um lençol aquecido e ao mesmo tempo secando-o é um cuidado extremamente simples e com um valor fisiológico imenso, uma vez que, diminui o stress respiratório e o risco de hipoglicemia. (lowdermilk & Perry).

Ao longo do CPP foi promovida a relação precoce da díade/tríade assim como o aleitamento materno na primeira hora de vida, permitindo ainda identificar os sinais de prontidão do RN, assim como a observação do seu comportamento.

Só após a realização do CPP, foi realizada a observação física do RN, onde se observou a pele e mucosas, coto umbilical, reflexos e avaliação ponderal do RN despistando-se precocemente alterações e ou malformações. Após a avaliação do RN, foi possível identificar complicações e referencia-las para outros profissionais.

Tendo em conta as atividades implementadas e as vivências ao longo dos ensinamentos clínicos II e III e V considero este objetivo atingido.

#### 2.2.4. Objetivo específico nº4

*Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidado de enfermagem especializados em saúde materna à mulher/casal e RN na promoção do contacto pele a pele à luz da prática baseada na evidência.*

##### 2.2.4.1. Enquadramento teórico

Os cuidados prestados ao RN no puerpério imediato são de extrema importância para a sua adaptação ao meio extrauterino.

Antigamente estava preconizado que, após o nascimento, o cordão umbilical era clampado, o RN era mostrado à mãe e era levado para um berço aquecido, onde eram prestados os restantes cuidados, separando-o da mãe.

A humanização do parto veio quebrar esta vertente tecnicista e tecnológica do modelo até então assistencial, onde a prioridade é receber bem o RN minimizando um impacto de um ambiente extremamente inóspito.

Spinola (2007) refere que é importante proporcionar um ambiente quente, tranquilo, com luz difusa e o uso de música se assim os pais o desejarem. É preconizado desta forma, que logo após o nascimento o RN seja colocado sobre o ventre materno, seja limpo sobre a mãe de forma a evitar a perda de calor e seja clampado o cordão se possível, após deixar de pulsar. Desta forma é permitindo à



parturiente reconhecer o seu RN, identificando-o como o “bebé real”. Tornado o parto um momento especial tanto para os pais como para os profissionais de saúde. Estes devem atuar como facilitadores de todo o processo do nascimento, proporcionando suporte físico e emocional aos pais e ao RN, promovendo a sua adaptação ao ambiente extrauterino.

O momento do nascimento provoca inúmeras alterações no RN e que este vai ultrapassando uma série de dificuldades ao longo do mesmo. Por este motivo, na primeira hora de vida do RN, o RN está num estado vigil e, por isso, recetivo ao contacto com a mãe (Spinola, 2007). Posto isto, os profissionais de saúde podem ser facilitadores ou não, permitindo a aproximação entre o RN e a mãe, estimulando o apego e o vínculo.

Gasparetto (1995) realizou um estudo onde conclui que o contacto físico logo após o nascimento, sem ser interrompido proporciona adaptação, reconhecimento e promoção do vínculo já previamente estabelecido ao longo da gestação. Referenciando ainda que as parturientes que estabelecem CPP com o RN têm comportamentos mais afetivos nos primeiros dias de vida do RN.

Na última década o CPP tem vindo a ser privilegiado por uma vertente humanística, uma vez que se preconiza reduzir ao máximo as intervenções invasivas e desnecessárias. Por ser um cuidado fundamental nos dias de hoje e por proporcionar inúmeros benefícios e desvantagens às mães e RN que não o recebem, torna-se fundamental defini-lo e compreende-lo.

#### 2.2.4.2. O Significado do contacto pele a pele

De acordo com a OMS (OMS, 2012) logo após o nascimento, se a mãe e o RN estiverem bem de saúde devem ser protelados os cuidados ao RN. Colocando-o sobre o ventre materno de forma a ser estabelecido o vínculo que inicialmente foi gerado ao longo da gestação, proporcionando à mãe e ao RN o reconhecimento.

Sendo assim, o contacto pele a pele é a colocação do RN sobre o ventre materno, coberto por um lençol aquecido.

A OMS recomenda a sua realização, pelo o menos na primeira hora de vida do RN, até aos 60 minutos, pelo o tempo que a mãe desejar, de forma a permitir o início precoce da amamentação e do vínculo entre mãe e filho (OMS, 2012).

#### 2.2.4.3. As vantagens

Segundo a Mesa de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica citando através de Sobel (2011) estima-se que o CPP através do início do aleitamento materno na primeira hora de vida possa diminuir 9,1% do coeficiente de mortalidade infantil restringindo mais de 600.000 mortes.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2013) refere que o CPP permite tranquilizar a mãe e o seu RN, regula a função cardíaca e respiratória do RN e ainda estimula o apego. Para além disso, através da revisão scoping, ficou bem esclarecido que o contacto pele a pele apresenta inúmeros benefícios tanto para a mãe como para o seu RN. No RN, estabiliza a temperatura, diminui o choro, aumenta as saturações periféricas de oxigénio, diminui a frequência cardíaca e ainda permite ao RN maior autorregulação, segundo Gabriel, (2010); Erlandsson (2007), Bystrova (2009) e Smit (2014). Para a mãe permite uma diminuição do tempo da dequitação, menor incidência de depressão e de ansiedade e ainda estimula o apego. (Gabriel, 2010, Dornfeld 2011)

Infere-se ainda, que os RN's que estabelecem precocemente o contacto pele a pele, apresentam melhores taxas de início de amamentação e índices de aleitamento materno mais altos à alta hospitalar e ao longo do primeiro ano de vida da criança.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) preconiza o contacto precoce entre a díade por um tempo mínimo superior a 60 minutos e a sua continuidade ao longo do puerpério pelos seus benefícios para a díade, a UNICEF refere ainda que este contacto deve ser iniciado logo após o nascimento, a não ser que mãe e/ou filho não se encontrem estáveis, e retomado logo que a estabilização ocorra (UNICEF, 2011)

Segundo Albuquerque (2016) existe evidência científica que muitos dos procedimentos realizados ao RN, não tem uma eficácia comprovada, verificando-se que estes procedimentos poderão interferir de forma negativa no binómio mãe-filho. A realização do contacto pele a pele entre a mãe e filho é também uma prática

recomendada pelas Diretrizes do Instituto Nacional de Excelência dos Cuidados de Saúde do Reino Unido (NICE, 2014).

Conforme o que aqui foi exposto anteriormente é fundamental a realização do contacto pele a pele, mas é importante não normalizar as práticas, ou seja, é importante ter em contacto a decisão da parturiente, as crenças os seus valores, de forma a realizá-lo como um cuidado único e individualizado.

#### 2.2.4.4. Metodologia

Este relatório é orientado de acordo com a metodologia de investigação. Rocha define a revisão da literatura como uma procura de informação sobre um determinado tema com o objetivo de produzir conhecimento científico (Rocha, 2012). Inicialmente foi feita uma pesquisa sobre a temática do contacto pele a pele. Após compreender a temática e a sua importância na prática enquanto futura EEESMO foi gerada a seguinte questão de partida: qual a influência do contacto pele a pele para a Mãe e RN?

Perez (2007) refere que a questão da investigação deve conter a temática em estudo, ser clara, breve e originar uma resposta ampla. Para a construção da questão de partida foi usada a mnemónica (população, conceito e contexto) e foi iniciada uma pesquisa exaustiva na plataforma ESBCO de forma a aprofundar conhecimentos e a realizar a revisão scoping segundo o protocolo de *Joanna Briggs Institute* (JBI) sobre a temática.

Posteriormente foram constituídos as palavras-chaves e os descritores, assim como, os critérios de inclusão, de forma a encontrar a melhor evidência científica e toda a informação existente sobre o tema.

**Tabela 1 - Mnemónica PCC**

<b>População (P)</b>	Mães/RN
<b>Conceito (C)</b>	Contacto pele a pele
<b>Contexto (C)</b>	Parto

Desta forma, foram encontradas as palavras-chaves “Mãe/RN, Contato pele a pele e Parto” e de seguida foram encontrados os descritores nas bases de dados conforme a seguinte tabela.

**Tabela 2 – Resultados da pesquisa e descritores.**

<b>EBSCO</b>					
<b>CINAHL</b>			<b>Medline</b>		
<b>Search ID</b>	<b>Search Terms</b>	<b>Results</b>	<b>Search ID</b>	<b>Search Terms</b>	<b>Results</b>
<b>S1</b>	Kangaroo Care (indexado)	740	<b>S12</b>	Kangaroo-Mother Care Method (indexado)	146
<b>S2</b>	Skin to Skin Contact (natural)	786	<b>S13</b>	Skin to Skin Contact (natural)	786
<b>S3</b>	early contact (natural)	302	<b>S14</b>	early contact (natural)	302
<b>S4</b>	Labor (indexado)	8881	<b>S15</b>	Labor (indexado)	42,833
<b>S5</b>	Delivery, Obstetric (indexado)	76,290	<b>S16</b>	Delivery, Obstetric (indexado)	76,290
<b>S6</b>	Mothers (indexado)	56,611	<b>S17</b>	Mothers (indexado)	50,784
<b>S7</b>	Infant, Newborn (indexado)	627,154	<b>S18</b>	Infant, Newborn (indexado)	627,154
<b>S8</b>	S1 “or” S2 “or” S3	1,671	<b>S19</b>	S12 “or” S13 “or” S14	1,193
<b>S9</b>	S4 “or” S5	83,103	<b>S20</b>	S15 “or” S16	106,426
<b>S10</b>	S6 “or” S7	670,983	<b>S21</b>	S18 “or” 19	76,290
<b>S11</b>	S8 “and” S9 “and” S10	64	<b>S22</b>	S19 “and” S20 “and” S21	56

Após criação das palavras-chaves e dos descritores, foram definidos os critérios de inclusão/exclusão, encontrados os estudos e realizado o diagrama prisma, que se encontram a seguir.

**Tabela 3 - Resultados da Pesquisa**

<b>CINAHL e Medline</b>		
<b>Search ID</b>	<b>Search Terms</b>	<b>Results</b>
<b>S23</b>	S11 “and” S22	46

**Figura 2 - Diagrama Prisma 2009 (Estratégia de Pesquisa da JBI)**

<b>Plataforma de Dados</b>	<b>Medline Plus with Full text</b>	<b>CINAHL Plus with Full text</b>	<b>GOOGLE</b>
<i>Identificação</i>	64	56	4
	46		Remoção dos estudos duplicados
<i>Triagem de estudos Elegibilidade</i>	43	Triados	27
			Removidos
			16
<i>Inclusão</i>			8

Após identificados os estudos procedeu-se a avaliação crítica dos mesmos através das ferramentas disponibilizadas pela JBI, JBI Critical Appraisal Checklist. Após avaliação crítica dos mesmos, foram encontrados 8 artigos para a questão de pesquisa. De seguida foram analisados os 8 estudos e extraídos os dados através da ferramenta JBI-MASARI e JBI-QARI do manual Joanna Briggs Institute Reviewers. (Godfrey, Harrisson e Margaret, 2015)

2015)

Após a análise profunda dos artigos foram encontradas as evidências necessárias sobre os benefícios para a mãe/RN do estabelecimento do contacto pele a pele, a sua relação com a amamentação e as estratégias para a sua promoção, fundamentado a pertinência e finalidade deste relatório.

Para discussão e a análise dos resultados obtidos foi criado um guião de colheita de dados aplicado durante o estágio com relatório (Apêndice III). Houve ainda a possibilidade por me encontrar a exercer funções no serviço de obstetrícia de acompanhar na sua maioria o puerpério destas mulheres, tendo sido uma mais-valia para mim enquanto futura EESMO, por ter conseguido estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com estas puérperas e casais, proporcionando uma reflexão profunda das situações que iam surgindo. Para além disso, estes casais como tinham já iniciado uma relação comigo, tinham mais facilidade em questionar-me em relação às suas preocupações e dúvidas relativamente aos cuidados ao RN e ao seu autocuidado.

#### 2.2.4.5. A análise e reflexão das atividades desenvolvidas

Este subcapítulo destina-se a analisar e a refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo de todo o ano letivo que contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto futura EESMO à luz da prática baseada na evidência.

Conforme descrito anteriormente, após a escolha da temática sobre o contacto pele a pele, foi identificado o estado da arte e, posteriormente, foram planeadas intervenções, implementadas e avaliadas. Isto permitiu-me analisar e refletir sobre as intervenções implementadas.

De acordo com o preconizado pela OE no documento dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem”

na implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. A produção de linhas orientadoras de boa prática de cuidados baseados na evidencia empírica constitui um alicerce importante para a melhoria continua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE,2001,p.12)

Por este motivo, ao longo de cada ensino clínico realizado, foi dado uma importância ao tema aqui exposto de forma a proporcionar uma análise em diferentes contextos, apesar da maioria das atividades ter sido realizada neste contexto específico do ER.

Assim sendo, durante o Ensino Clínico II em contexto de puerpério, foram realizadas entrevistas informais às puérperas de modo a conhecer as suas perspetivas face ao CPP durante o trabalho de parto e foi promovido o contacto pele a pele com o RN ao longo do internamento (promovendo o vínculo entre a díade e melhorando a qualidade dos cuidados prestados). De acordo com a sétima medida da IHAB, as mães e os seus RN's devem permanecer em alojamento conjunto (OMS, 2009) referindo ser necessário incentivar os profissionais de saúde a realizá-lo pelos resultados importantes desta medida. Para além disso, conforme exposto por Crenshaw (2014) juntos, a mãe e o RN tem possibilidade praticar o CPP, aumentando a duração da amamentação. O CPP e o alojamento conjunto reduzem os níveis de stress e sentimentos depressivos após a alta hospitalar, capacitando as mulheres para o seu papel de mãe. Sendo o alojamento conjunto e o CPP intervenções importantes para as mães que apresentam dificuldade na amamentação (Chiu, Anderson, & Burkhammer, 2008)

Ao longo do Ensino Clínico III, em contexto de cuidados de saúde primários, foram instruídos os casais sobre a importância do contacto pele a pele logo após o nascimento e as suas vantagens ao longo da vigilância pré-natal, realizando ações de educação para a saúde antes do encaminhamento para o hospital de referência. Verifiquei que ainda existe um grande número de grávidas que desconhece a temática em estudo e que ainda não possui plano de parto, pelo que foram capacitadas e instruídas neste sentido.

Durante o Ensino Clínico V, na unidade cuidados neonatais, foi possível o estabelecimento de contacto pele a pele entre duas díades, estimulando desta forma o vínculo e o início da amamentação entre o prematuro e os pais.

No início do ER foram realizadas reuniões com a orientador local e Enfermeira Chefe onde apresentei o projeto, que se revelaram como uma mais valia no diagnóstico de situação e também no guião de orientação para implementação do projeto.

Durante as primeiras semanas, ao longo da integração, a minha atuação foi sobretudo de uma observação participante, de forma a compreender também as necessidades da equipa face a implementação do projeto.

A discussão realizada durante a fase inicial com elementos das diferentes equipas sobre a temática, permitiu conhecer as verdadeiras dificuldades que as equipas enfrentam diariamente na implementação do contacto pele a pele. Da reflexão realizada saliento que a equipa conhece as vantagens do CPP para o binómio mãe-filho, são unânimes sobre a dificuldade de proporcionarem o tempo necessário dos 60 minutos conforme o preconizado pela OMS e pela UNICEF (2009). De acordo com os elementos da equipa, a razão para este facto assenta no número reduzido de EEESMO face ao número de parturientes/puérperas que necessitam dos seus cuidados. Inicialmente planeei realizar uma ação de formação sobre o CPP aos elementos da equipa, mas que, após a identificação da situação real, não me pareceu que fosse necessário, uma vez que a sessão teria como principal objetivo dar a conhecer as vantagens da temática. Neste sentido, na tentativa de ultrapassar as dificuldades reais sentidas pela equipa incentivei ao preenchimento da folha existente no serviço que contempla o início e término do CPP e os motivos para o término antes do tempo preconizado pela OMS e UNICEF (2009). Uma vez que este registo é

fundamental na PBE e para melhoria da prestação de cuidados. Para além disso importa referir a pertinência deste registo, tendo em conta que o CPP é uma intervenção autónoma do EEESMO que influencia positivamente a vivência do TP para os envolvidos.

A recolha dos dados aqui exposta, foi feita sempre de forma informal e através da observação, utilizando o guião de orientação que está disponível no Apêndice (III) que foi construído com base no Modelo Adaptativo de Callista Roy, tendo com base a compreensão das características de cada CPP (input) e o seu impacto (output). O resultado ou efeitos produzidos com base no Modelo Adaptativo estão relacionados com o modo físico-fisiológico (início precoce da amamentação, sinais de procura da mama e o comportamento do RN) e o modo psicossocial (conforto e a interação).

De forma a conhecer as parturientes, às quais prestei cuidados especializados durante o trabalho de parto, realizei uma breve caracterização

As 72 parturientes, às quais prestei cuidados especializados, tinham idades compreendidas entre os 19 e os 41 anos com uma média de 30,3 anos. Das 72, realizei o parto a 42. E ainda, coparticipei em 4 partos distócicos. Das 46 parturientes, 43% eram primíparas, 20% nulíparas e 37% multíparas, apresentando uma média de idade gestacional 39,4 semanas. A maioria casadas 46%, 32% com união de facto e 22% solteiras.

Dos casais que acompanhei apenas 15 frequentaram o curso de preparação para o nascimento e apenas 26 tinham plano de parto.

No acolhimento e ao longo do 1º estágio do trabalho de parto, foi pedido o consentimento para a realização do contacto pele a pele logo após o nascimento e foi dada a conhecer as vantagens do mesmo a todas as grávidas/casais que desconheciam a temática, potenciando a discussão da temática com os mesmos, com o objetivo de os esclarecer. Aos casais que já detinham conhecimentos sobre a temática foram questionados sobre onde adquiriram esse conhecimento. A abordagem da temática no acolhimento e ao longo do 1º estágio do trabalho de parto foi necessária para compreender se os casais conheciam a temática e o que os motivava para a sua realização, que representa para Callista Roy os processos de controlo.



Após a discussão com a parturiente/convivente significativo sobre o CPP e a obtenção do conhecimento para a sua realização, constatei que a sua grande maioria conhecia a temática, mas desconhecia as vantagens da mesma. No decorrer do ER ao abordar a temática com os casais fiquei um pouco dececionada por algumas parturientes recusarem o contacto pele a pele com o RN, mesmo após o meu incentivo e a minha explicação sobre as vantagens do mesmo. Este facto foi promotor do meu desenvolvimento, pois permitiu-me analisar e refletir sobre a recusa destas 2 mulheres, e de certa forma impulsionou-me a pesquisar sobre este facto, tendo vindo a realizar um diário de aprendizagem.

Após a pesquisa realizada verifiquei que as bases da recusa muitas vezes têm alicerces na cultura de cada mulher e é necessário que o EEESMO compreenda o significado do CPP para a parturiente respeitando o seu desejo (Hubbard, 2017). As duas parturientes (uma de etnia cigana e outra de raça negra) foram questionadas sobre os motivos da recusa, uma delas referiu sentir-se desagradada com esse fato (flúidos corporais) e a outra recusou responder-me. O trabalho de parto são vivências muito significativas na vida da mulher/casal. O EEESMO e os outros profissionais de saúde que se encontram envolvidos devem proporcionar cuidados individualizados e centrados na pessoa, sendo importante dar a conhecer os benefícios do CPP e capacitar as parturientes/casais para que o casal possa tomar uma decisão informada e se envolverem no CPP independente da sua idade, etnia, escolaridade ou cultura. Contudo os profissionais de saúde devem respeitar os seus desejos independentemente das suas escolhas.

A população alvo foram: RN's nascidos de parto eutócico assistido por mim, com IA ao primeiro minuto superior ou igual a 7. Houve ainda a possibilidade, em articulação com a equipa multidisciplinar da sua realização em RN's nascidos por partos distócicos, nomeadamente em ventosas e após avaliação pelo pediatra.

Conforme aconselhado pela UNICEF, após o nascimento todos os RN's foram secos, colocados sobre o ventre materno e cobertos com um pano aquecido, com exceção das parturientes que recusaram a sua realização. (UNICEF, 2011). Sendo todos os cuidados realizados aos RN's em CPP, nomeadamente a avaliação do RN, a administração da vitamina K, a colocação da pulseira de identificação e anti-roubo e, ainda se existisse necessidade, à aspiração de secreções na orofaringe. Os restantes cuidados como a avaliação do peso e a observação física mais

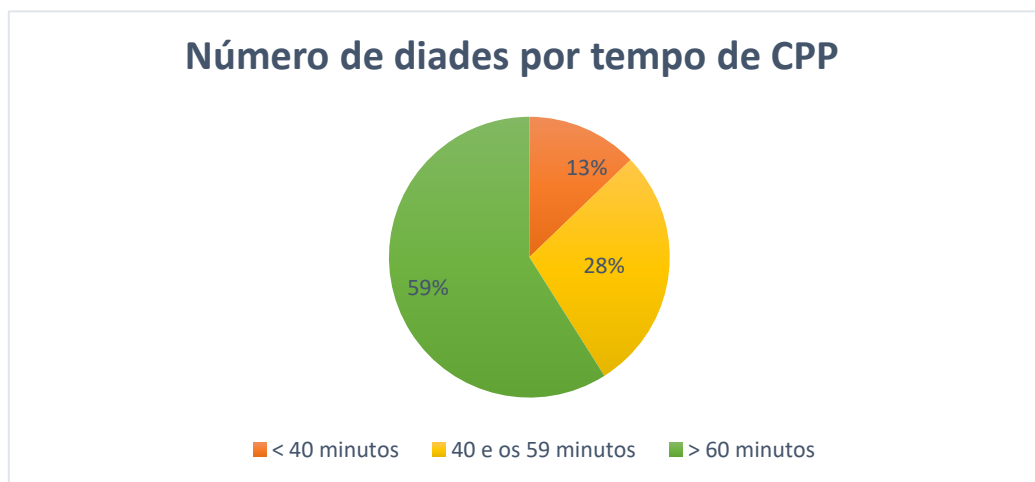
pormenorizada eram realizados apenas quando o CPP fosse cessado, uma vez que não existe necessidade de interromper o CPP para a realização destes cuidados conforme o preconizado pela OMS e UNICEF (2009), OE (2014) e ainda por Andres, Garcia, Rimet., Nicaise & Simeoni (2011) e Dornfeld & Rubim (2015).

De entre os partos assistidos por mim, existiu uma necessidade de compreender se existia alguma correlação entre o conhecimento das vantagens do CPP pelos casais e a frequência das aulas de preparação para o nascimento. O que se verificou, na sua maioria, as parturientes que frequentaram o curso de preparação para o nascimento foram de 15 e, destas, apenas 5 desconheciam as vantagens do CPP. Analisando estes dados, considero que teria sido uma mais valia se tivesse tido em conta o local onde as parturientes realizaram a preparação para o nascimento, uma vez que poderia identificar alguma correlação com o local da realização e o desconhecimento das vantagens.

Das 26 parturientes que tinham plano de parto, todas tinham assinalado a realização do contacto pele a pele logo após o nascimento, mas apenas 5 conheciam as vantagens do CPP.

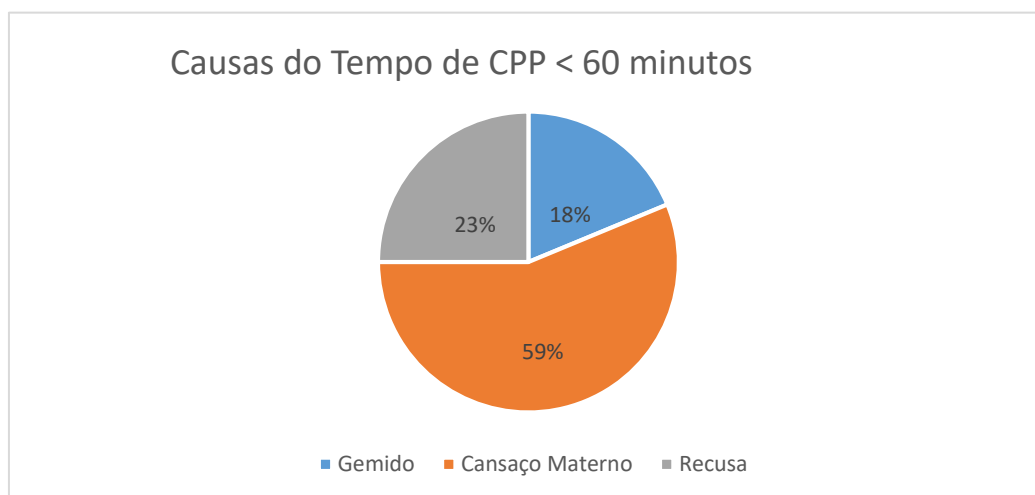
Em relação ao tempo de contacto pele a pele o tempo máximo que o RN permaneceu em contacto pele a pele com a mãe foi de 115 minutos e o tempo mínimo foi de 10 minutos conforme ilustrado no seguinte gráfico. O tempo de duração do CPP influencia os resultados da amamentação (Bramson et al 2010, Gabriel et al, 2010 and Moore et al 2012).

**Figura 3 – Gráfico do Número de díades por tempo de CPP**



Na grande maioria das situações em que o tempo de CPP foi inferior aos 60 minutos preconizados pela OMS (2018) e pela UNICEF (2009), conforme ilustra o seguinte gráfico, esteve relacionado com causas maternas. Nomeadamente pelo cansaço ou pela recusa da mãe após algum tempo de CPP.

**Figura 4 – Gráfico sobre as Causas do Tempo de CPP**



Foi sempre priorizado o contacto pele a pele e foram realizados os cuidados aos RN's em CPP tais como a colocação da pulseira e a administração da vitamina K. Foi possível realizar também, a aspiração de secreções na orofaringe a 2 RN em CPP. Uma das maiores preocupações observadas ao longo da realização do CPP tanto da minha parte com das puérperas foi a termorregulação do RN, a termorregulação é vital na sobrevivência do RN e ao colocá-lo em CPP com a mãe a temperatura corporal da mãe co-regula para atender às necessidades de calor do RN estabilizando a temperatura do mesmo (Beiranvand et al., 2014; Moore et al., 2012). Não foi possível ao longo deste ER realizar a avaliação da temperatura do RN em CPP, nem verificar o aumento das saturações periféricas e a diminuição da frequência cardíaca, mas penso que teria sido uma mais-valia para este trabalho conforme verificado por Smit, Dawson e Hooper (2014).

O comportamento do RN foi outro aspeto relevante ao longo da realização do CPP. Foi observado que os RN's em CPP apresentam períodos de relaxamento, períodos ativos (em que realizam pequenos movimentos dos membros, chucham nas mãos, procuram a mama) e iniciam a amamentação. Widstrom (2011) aborda as 9 sequências de comportamentos que podem ser observadas ao longo da realização do CPP, conforme se encontra na seguinte tabela:

**Tabela 4 - Comportamentos observados durante a realização do CPP**

<b>Fase</b>	<b>Comportamentos</b>	<b>Caracterização</b>
1	Choro	Choro intenso logo após o nascimento
2	Relaxamento	Período em que o RN está relaxado/ recuperação após o nascimento.
3	Despertar	Período em que o RN inicia pequenos movimentos, levanta a cabeça, realiza pequenos movimentos dos membros
4	Fase ativa	Período em que o RN levanta com maior firmeza a cabeça e os membros, mas não movimenta o corpo
5	“Rastejar”	Empurra os membros, deslocando o corpo
6	Descanso	O RN descansa e chucha nas mãos
7	Familiarização	O RN alcançou o mamilo e contacta com a aureola
8	“Suckling”	O RN alcança o mamilo e inicia a mamada
9	Dormir	O RN fecha os olhos

(tabela adaptada do *Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin* por Widstrom A.M., Lilja G., Aaltomaa-Michalias P., Dahllof A., Lintula M. & Nissen E. Acta paediatrica pag 80 (2011))

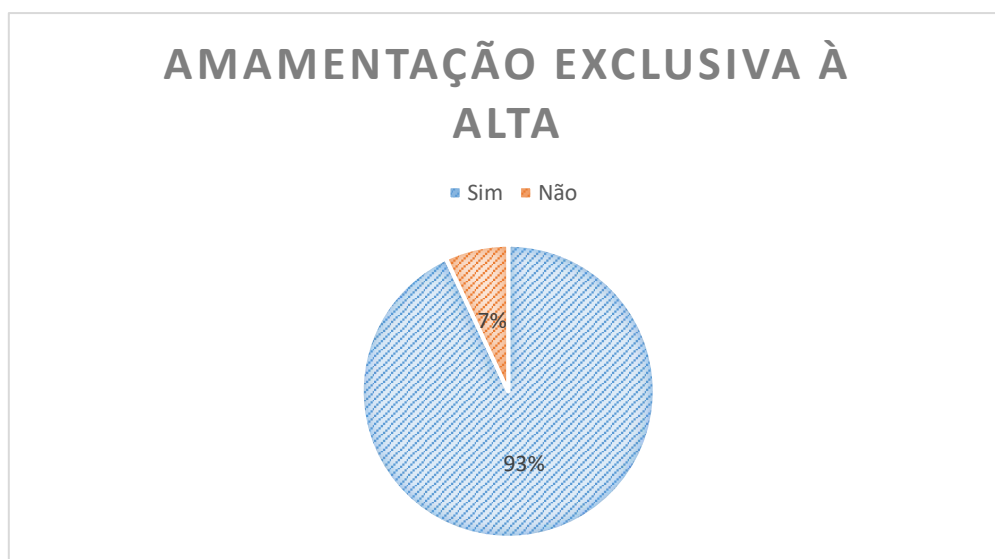
De acordo com o Modelo Adaptativo de Callista Roy estes nove comportamentos integram-se no modo físico-fisiológico (início precoce da amamentação, sinais de procura da mama e o comportamento do RN) revelando-se com uma resposta adaptativa dos RN's. Para além disso comprova que os RN's em CPP apresentam maior habilidade para iniciarem a amamentação, iniciando-a ao longo do CPP. (Bystrova, 2009). Reforça ainda o princípio de que os RN's devem ser colocados em CPP nas primeiras horas após o nascimento, devido ao seu comportamento, e que este CPP não deve ser interrompido para procedimentos de rotina, facilitando desta forma o vínculo entre a díade e a amamentação (Widstrom, 2011 e Erlandsson, 2007). Confirmando-se que os resultados do sucesso da amamentação exclusiva na primeira hora de vida são influenciados diretamente pela realização do CPP. (Stevens & Dahlen, 2014; Suzuki, 2013; Thukral, 2012 e Gabriel et al 2010)

Foi observado que todos os RN's que realizaram CPP iniciaram amamentação na primeira hora de vida, tal como referido por Bystrova (2009) e Dornfeld (2015). À exceção de uma díade, por a mãe ser portadora do vírus da imunodeficiência humana.

Relativamente à amamentação exclusiva no puerpério foi possível verificar que apenas três díades não o fizeram, uma por ser portadora de vírus da imunodeficiência humana, outra por recusa e outra por o RN ser prematuro (apresentando dificuldades na pega e na sucção pelo que necessitou de aporte de leite artificial).

Em relação à amamentação exclusiva à alta, apenas três díades não amamentam em exclusivo à data de alta, correlacionando-se os resultados obtidos durante o período de internamento e a alta conforme o gráfico em baixo. Vários autores comprovam a nível da amamentação que o CPP melhora a capacidade em geral para o RN mamar (Aghdas, 2014; Dutta, 2014; Anderson, 2007; Dickson, 2005).

**Figura 5 – Gráfico sobre Amamentação exclusiva à alta do Puerpério**



Por parte das mães que estabeleceram CPP com os RN foram observados sentimentos de felicidade, como o sorriso, o toque e o acariciar o RN em CPP. As puérperas expressaram sentimentos positivos associados ao CPP com os seus RN's, sentimentos de ligação com o RN, que se encontram associados ao receber o RN junto de si. (Carfoot, 2005; Finigan, 2004). Encontrando-se o CPP diretamente envolvido nos processos de vinculação, relevando-se como o processo adaptativo do modo psicossocial, do modelo Adaptativo de Callista Roy. Uma das explicações para este facto de acordo com Stratearn (2011) existe uma correlação entre a libertação

de ocitocina, o apego e o vínculo ao RN, após o nascimento. Estímulos como o CPP, a vocalização do RN e os reflexos de busca e procura da mama desempenham um papel fundamental na conexão dos circuitos de ocitocina associada à dopamina. As neuroimagens revelam que as mães que rejeitam os seus RN apresentam falhas nestas conexões. (Strathearn, 2011).

Quando questionadas as puérperas ao longo do puerpério imediato relativamente ao facto de ter gostado da realização do CPP após o nascimento, as respostas encontradas foram:

- *“Adorei, sentir o meu bebé em cima de mim”*
- *“Não tenho palavras para explicar..”*
- *“..Foi o melhor momento..”*
- *“...Sim, gostei muito...”*

Os resultados encontrados, estão em consonância face aos resultados esperados. Revelando ainda uma satisfação da puérpera/casal face a experiência do nascimento e do trabalho de parto.

Como finalização do estágio considero ter sido muito gratificante a escolha desta temática, proporcionando tanto aos casais tanto a mim momentos únicos de partilha. Mas só foi possível pela ajuda e colaboração da Enfermeira orientadora que pela sua experiência me ajudou e me motivou na busca de estratégias que facilitassem a colaboração da puérpera na busca de ultrapassar os tão desejados 60 minutos e ainda ajudando o RN e a mãe no início do aleitamento materno.

Concluo que todas as atividades aqui descritas e que foram realizadas contribuíram para a construção de conhecimentos e para o meu desenvolvimento e crescimento, tendo sido motivador a felicidade proporcionada pelo CPP aos casais, assim como observar os resultados positivos que este simples cuidado tem para a díade.

Enquanto aprendiz, considero que o EESMO tem um papel fundamental na promoção do CPP, através da capacitação da mulher para a sua realização durante o período pré-natal, assim como na sua realização durante o parto.

#### 2.2.5. Objetivo específico nº5

*Publicar os resultados decorrentes deste projeto.*

Os resultados obtidos através da pesquisa realizada e da implementação deste projeto identificam a pertinência do CPP, prevalecendo que o EEESMO não se restrinja apenas aos aspetos fisiológicos do TP e que se preocupe com a realização do CPP. Neste contexto a prática baseada na evidência (PBE) valoriza a problemática em estudo, os seus benefícios para a mulher e RN.

De forma a cumprir este último objetivo, sendo uma das competências do enfermeiro especialista a divulgação dos resultados proveniente da investigação. Foi realizado ao longo do Ensino Clínico III uma sessão sobre o CPP e os seus benefícios aos profissionais de saúde, estimulando-os para que abordassem a temática em estudo ao longo das consultas de vigilância pré-natal. Para além disso, foi criado um folheto que foi distribuído às grávidas.

Infelizmente, por a unidade onde realizei o EC III não ter curso de preparação para o nascimento, não foi possível divulgar a temática, neste contexto.

Diariamente através dos momentos de reflexão e análise crítica de diversas situações, foi-me possível através da PBE influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem.

Ao longo da realização do presente RE, constatei que uma grande maioria dos casais ainda desconhece a temática do CPP. De forma a suprir esta carência, decidi participar na instrução dos casais ao longo da vigilância pré-natal usufruindo do facto de ter nascido um novo projeto no serviço onde me encontro atualmente a exercer funções. Nesse projeto denominado “Sessões Temáticas para Grávidas” e motivada pelos resultados da aplicação do meu projeto, sugeri inserir a temática do CPP. Este novo projeto foi criado com o objetivo principal de instruir/aconselhar a gestante/casal sobre o autocuidado durante a gravidez e o nascimento. A gestação comporta alterações físicas e psicológicas que cada mulher experiencia de forma única. O EEESMO necessita de instruir e capacitar a utente para a posterior tomada de decisão e ação devidamente esclarecidas (OE, 2015). As sessões são trimestrais e têm o apoio do Gabinete de Comunicação e Imagem do Hospital na sua divulgação, tanto interna como externa. São várias as temáticas abordadas, tais como: o autocuidado

durante a gravidez, hábitos e estilos de vida saudáveis, sinais/sintomas de complicações e capacidade de tomada de decisão face ao TP e pós-parto. Têm ainda lugar temas importantes como: o contacto pele a pele e o aleitamento materno, as alterações físicas e psicológicas do puerpério e o transporte seguro do RN. A primeira sessão já foi realizada no dia 12 de Março de 2018 no auditório do Hospital. Foi abordada a temática do CPP de forma clara e simples para estimular os casais para a sua realização, descrevendo de uma forma sucinta as suas vantagens e implicações após o nascimento, uma vez que a grávida deve receber informação suficiente e objetiva (OE, 2015).

A formação realizada ao longo destes dois largos anos letivos proporcionou-me a reflexão sobre o desenvolvimento de competências instrumentais, interpessoais e sistémicas tendo como alicerces que os cuidados realizados pelo EESMO englobam a satisfação da utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o autocuidado, autocontrolo e mestria da mesma e, por último, a readaptação à nova condição de saúde conforme preconizado pela OE. (OE, 2015). Desta forma considero que a realização do presente trabalho permitiu delinear novas intervenções de forma a dar resposta a novos objetivos, uma vez que é primordial para o EESMO *“desenvolver e integrar projetos que promovam a criação do valor de saúde no âmbito da saúde da Mulher, criança e família”* (OE, 2015), valorizando ainda mais a pertinência da realização deste RE.

Após a entrega deste relatório, gostaria ainda de realizar um artigo científico sobre o mesmo, divulgando os seus resultados para a comunidade científica.

Por último, irei concluir este objetivo através da apresentação e discussão pública do presente trabalho.



### **3.LIMITAÇÕES**

Um dos maiores desafios alcançado ao longo do ER para obtenção do título de especialista foi a realização dos 40 partos eutócicos, o que se relevou de certa forma como uma limitação, pois o acompanhamento da parturiente ao longo do trabalho de parto limitou-me a aprendizagem e acompanhamento de outras situações que ocorriam no SUOG.

A carga horária necessária durante a realização do ER foi outro grande desafio, tendo sido difícil conciliar com a carga horária laboral, existindo muita dificuldade em cumprimento das necessidades individuais e familiares.

Para além disso o ER foi o mais exigente, quer no desenvolvimento de competências instrumentais e relacionais, quer na pesquisa bibliográfica em resposta às dúvidas que surgiam da prática clínica.

Considero ainda como fator causante de stress e limitação a necessidade de cumprimento dos 40 partos, sendo apenas atingindo quando faltava uma semana para terminar o ER. Por outro lado, permitiu-me um maior desenvolvimento de competências ao longo do primeiro estágio do trabalho de parto, permitindo a avaliação da progressão do trabalho de parto.

Por diversas vezes houve necessidade de permanecer mais tempo no local de estágio para assistir a parturientes em fase ativa de trabalho de parto em detrimento das necessidades individuais e familiares.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tem como principal objetivo relatar o percurso desenvolvido ao longo do presente ensino clínico e o seu contributo no meu desenvolvimento enquanto EESMO.

As intervenções realizadas no SUOG proporcionaram o desenvolvimento de competências para cuidar da mulher/casal durante o período pré-natal, promovendo a sua saúde, diagnosticando precocemente, prevenindo complicações e potenciando a sua adaptação em situações de aborto. Neste sentido foi possível informar e orientar a mulher/casal para estilos de vida saudáveis, orientando-os sobre a sua sexualidade e a contraceção. Assim como, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher/casal durante o período de luto na situação do aborto.

Outro dos grandes objetivos ao longo do ER foi o desenvolvimento de competências no cuidar especializado à mulher inserida na família durante o trabalho de parto. Neste sentido foi promovida a saúde da mulher durante o trabalho de parto, atuando sempre que possível de acordo o plano de nascimento pré-estabelecido por ela, garantindo um ambiente seguro e acolhedor, proporcionando conforto e alívio da dor através das medidas farmacológicas e não farmacológicas. Diagnosticuei precocemente e preveni complicações para a díade, através da identificação de desvios ao longo do trabalho de parto referenciando situações que estavam para além da minha atuação.

Ao longo do presente ensino clínico foi ainda possível desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao RN, favorecendo a sua adaptação à vida extrauterina.

No presente relatório destaquei a temática do CPP, neste sentido aprofundei conhecimentos sobre a mesma, de forma a compreender as suas vantagens, incentivando-o em todos os contextos e aplicando-o de forma segura no contexto específico do BP dada a sua importância e o seu impacto benéfico tanto para a mãe como para o seu filho. Verifiquei com aplicação do projeto que ainda existe um vasto numero de casais que desconhece a temática e as suas vantagens. Uma estratégia necessária para ultrapassar este desconhecimento será incentivar os EESMO na

alteração nos projetos de Preparação para o Nascimento e ainda durante as consultas de vigilância da gravidez, realizando sessões de educação sobre a temática. Verifiquei também que existe dificuldade por parte dos profissionais de saúde na realização do CPP pelo tempo preconizado pela OMS, sendo necessário mais enfermeiros para a realização do mesmo. Outro achado encontrado que se revelou como determinante na cessação do CPP antes do tempo preconizado pela OMS foi o cansaço materno, podendo ser resolvido se apoiarmos o pai ao longo da realização do mesmo.

Aferi ainda que os RN que realizam CPP iniciam a amamentação na primeira hora de vida, apresentam reflexos de busca na procura da mama e as suas taxas de amamentação exclusivas se mantêm elevadas até à alta do puerpério. Foi ainda notória a satisfação das puérperas durante a realização do CPP com RN.

E por último, considero ter desenvolvido capacidades reflexivas e de análise crítica baseada na evidência científica. Sendo este um dos objetivos mais difíceis e desafiantes, uma vez que o EESMO tem um papel primordial no seio da sua equipa, através da formação e o desenvolvimento de conhecimentos, influenciando a mudança na área da saúde e nos cuidados de enfermagem.

Saliento ainda a análise e discussão com a EESMO orientadora me proporcionou um olhar diferente na prática de cuidados, proporcionando sempre conforto e bem-estar à mulher durante o seu ciclo de vida.

Concluo desta forma, que cresci ao longo desta unidade curricular, não só como profissional, mas também como pessoa, tendo vindo a ultrapassar ao longo destes dois anos os medos e desenvolvendo as competências necessárias determinadas pelo Regulamento e pela ICM.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghdas, K., Talat, K., & Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*, 27(1), 37–40.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.09.004>
- Aguilar, O.C; Romero, A.L.F.; Garcia, V.E.M. (2013) Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecología y Obstetricia de México*. ISSN-0300-9041. Vol. 81, nº 1 p. 1-10.
- Albuquerque, R. S. de, Mariani Neto, C., Bersusa, A. A. S., Dias, V. M., & Silva, M. I. M. da. (2016). Newborns' temperature submitted to radiant heat and to the Top Maternal device at birth. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0).  
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0305.2741>
- Amaral, C. (2016) Fisiologia da Reprodução In M. Néné, R. Marques, M. Baptista (Coordenadores). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.25-31) Lisboa:lidel
- Andres V., Garcia P., Rimet Y., Nicaise C. & Simeoni U. (2011) Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics* **127**, e1073–e1076.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19-32.  
[doi.org/10.1080/1364557032000119616](https://doi.org/10.1080/1364557032000119616).
- Baptista, M. (2016) Fisiologia da Reprodução In M. Néné, R. Marques, M. Baptista (Coordenadores). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* Lisboa:lidel

- Baracho, S. M., Figueiredo, E. M. de, Silva, L. B. da, Cangussu, I. C. A. G., Pinto, D. N., Souza, E. L. B. L. de, & Silva Filho, A. L. da. (2009). Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(4), 409–414. <https://doi.org/10.1590/S1519-3829200900040000>
- Beiranvand, S., Valizadeh, F., Hosseinabadi, R., & Pournia, Y. (2014). The Effects of Skin-to-Skin Contact on Temperature and Breastfeeding Successfulness in Full-Term Newborns after Cesarean Delivery. *International Journal of Pediatrics*, 2014, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2014/846486>
- Bramson, L., Lee, J. W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K., & Melcher, C. L. (2010). Effect of Early Skin-to-Skin Mother—Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay. *Journal of Human Lactation*, 26(2), 130–137. <https://doi.org/10.1177/0890334409355779>
- Brady, K., Bulpitt, D., & Chiarelli, C. (2014). An interprofessional quality improvement project to implement maternal/infant skin-to-skin contact during cesarean delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 43(4), 488–496. <http://doi.org/10.1111/1552-6909.12469>
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Mukhamedrakhimov, R., ... Widström, A.-M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 36(2), 97–109. <http://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x>
- Briggs, J. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2015*. Austrália: The Joanna Briggs Institute. Obtido de [www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)
- Canavarro, M.C. (2001) Gravidez e Maternidade. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora

- Dickson, R. Carfoot, S., & Williamson, P. (2005). A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery*, 21(1), 71–79. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.09.002>
- Chiu, S.-H., Anderson, G. C., & Burkhammer, M. D. (2008). Skin-to-Skin Contact for Culturally Diverse Women Having Breastfeeding Difficulties During Early Postpartum. *Breastfeeding Medicine*, 3(4), 231–237. <https://doi.org/10.1089/bfm.2008.0111>
- Committee Opinion No. 684: Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. (2017). *Obstetrics & Gynecology*, 129(1), e5–e10. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001860>
- Correia (2013) O acolhimento ao casal grávido acedido: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Acolhimento%20do%20Casal%20Gr%C3%A1vido%20Enf%C2%AAClaudia%20Correia.pdf>
- Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millenium*, (30), 234-251. Acedido em 2018, disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>
- Crenshaw, J. T. (2014). Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together—It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 211–217. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.211>
- Dornfeld, D., & Rubim Pedro, E. N. (2015). The health team and the safety of the mother-baby binomial during labor and birth. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 33(1), 44–52. <http://doi.org/10.1590/S0120-53072015000100006>
- Dutta, S. Srivastava, S., Gupta, A., Bhatnagar, A. (2014). Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian Journal of Public Health*, 58(1), 22. <https://doi.org/10.4103/0019-557X.128160>

- Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I., & Christensson, K. (2007). Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 34(2), 105–114. <http://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00162.x>
- Faria, N. (2016). Extremos da idade e gravidez In M. Néné, R. Marques, M. Baptista (Coordenadores). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.94-99) Lisboa:lidel
- Finigan, V. Davies, S. (2004). “I just wanted to love, hold him forever”. Women’s lived experience of skin-to-skin contact with their baby immediately after birth. *Evidence Based Midwifery* 2, 59-65.
- Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto In M. Néné, R. Marques, M. Baptista (Coordenadores). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.353-356) Lisboa:lidel
- Fonseca, S. (2016). Métodos de Indução do Trabalho de Parto In M. Néné, R. Marques, M. Baptista (Coordenadores). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.356-368) Lisboa:lidel
- Freitas, M. J. (2016). Adaptação à Vida Extrauterina: Cuidados Imediatos ao Recém-nascido In M. Néné, R. Marques, M. Baptista (Coordenadores). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.486-487) Lisboa:lidel
- Gasparetto, S., & Vera Silva Raad Bussab. (1995). A necessidade de um trabalho preventivo em maternidade: instruções sobre o comportamento do recém-nascido, *IV*, 35–39.
- George, J. (1993) – *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos para a Prática Profissional*. ( R. M. Garces, Trad.). (1ª. ed) Porto Alegre: Artes Medicas. (Tradução original do inglês Nursing Theories – The Base for Professional Nursing Practice, New Jersey:Prentice-Hall).

George, J. (1995) – *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos para a Prática Profissional*. ( A. M. V. Thorell, Trad.). (4ª. ed) Porto Alegre: Artmed. (Tradução original do inglês *Nursing Theories – The Base for Professional Nursing Practice*, California: Appleton&Lange).

Graça, L. (2012) *Medicina Materno-fetal*. (2ªedição) Lisboa: Lidel

Graça, L. (2016) *Medicina Materno-fetal*. (5ª edição) Lisboa: Lidel

Hickman, J. S. (2000) *Introdução à Teoria de Enfermagem: os fundamentos à prática de Enfermagem* 4ªEd. Porto Alegre Artmed

Hubbard, J. M., & Gattman, K. R. (2017). Parent–Infant Skin-to-Skin Contact Following Birth: History, Benefits, and Challenges. *Neonatal Network*, 36(2), 89–97. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.36.2.89>

International Confederation of Midwives (2013) *Essential competencies for basic midwifery practice*. Global Standards. Acedido em Juno 2016. Disponível em: [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)

International Confederation of Midwives (2010). *International Definition of the Midwife*. Global Standards. Acedido em Junho 2016. Disponível em: [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. Em The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub2>

Lowdermillk, D.; Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ªedição), Camarate: Lusodidacta

Marshall, J. & Raynor, M. (2014). *Myles Textbook for Midwives* (16 ed.) Londres: Churchill Livingstone, ISBN:9780702065590



- Gabriel, M. A., Llana Martín, I., López Escobar, A., Fernández Villalba, E., Romero Blanco, I., & Touza Pol, P. (2010). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 99(11), 1630–1634. <http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x>
- McClellan, M. S., & Cabianca, W. A. (1980). Effects of early mother-infant contact following cesarean birth. *Obstetrics and Gynecology*, 56(1), 52–55.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Em The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>
- Moore, E., & Anderson, G. (2007). Randomized Controlled Trial of Very Early Mother–Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 52(2), 116–125. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.12.002>
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Intrapartum Care for healthy women and babies*. Clinical guideline. Acedido em 2016 <https://www.nice.org.uk/guidance/CG190>
- Ordem dos Enfermeiros (2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem. Tomada de posição. Acedido em Julho de 2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Acedido em Julho 2016. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto da MCEESMO: Maternidade com Qualidade. Acedido em Julho 2016

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2013). MCEESMO: Maternidade com Qualidade. Indicador de Evidencia. Acedido em Julho de 2016

[http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_PelePeleAmamentacao\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PelePeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Contato pele a pele na sala de partos*. Acedido a 07/05/2016. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/ARTIGOS%20ENFERMEIROS%202013%20A%202015/Artigo%20-%20O%20Contacto%20Precoce%20Pele%20a%20Pele%20na%20Sala%20de%20Partos%20abril2014%20-%20C%3%B3pia.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras*. Acedido em 2017-2018. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso\\_EESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf)

OMS (2009) Baby-friendly hospital initiative em Iniciativa Hospitais amigos dos bebés, WHO, Geneva. Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43593/9789241594967\\_eng.pdf;jsessionid=F3368FC2742E0BB74D7C94080997B187?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43593/9789241594967_eng.pdf;jsessionid=F3368FC2742E0BB74D7C94080997B187?sequence=1)

OMS (2012) Abortamento Seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde 2ª edição acedido em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf)

OMS (2013) O clameamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil.

Disponível em:

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2114934/mod\\_resource/content/1/Corte%20do%20cord%C3%A3o%20e%20anemia%20WHO\\_RHR\\_14.19\\_por.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2114934/mod_resource/content/1/Corte%20do%20cord%C3%A3o%20e%20anemia%20WHO_RHR_14.19_por.pdf)

OMS (2018) Intrapartum care for a positive childbirth experience

Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Pinheiro, A. (2016). Promoção do Parto Normal. In M. Néné, R. Marques, M. Baptista (Coordenadores). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.324-335) Lisboa:lidel

Perez, A., Mendez, R., & Recinos, F. (2007). *Investigação. Fundamentos e metodologia* (Vol. I). Mexico: Pearson.

Ramos, S. (2008). *Introdução à Metodologia do Trabalho de Projeto* (em linha) Aveiro, (Fevereiro, 2008) Acedido em Julho de 2016 Disponível em:

[http://livre.fornece.info/media/download\\_gallery/recursos/metodologia\\_projectoTIC-Metodologia-Projecto.pdf](http://livre.fornece.info/media/download_gallery/recursos/metodologia_projectoTIC-Metodologia-Projecto.pdf)

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª Série, N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011). 8648-8653.

Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República 2.ª Série, N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011). 8662-8666.

Roberta Rocha Sampaio, Á., Bousquat, A., & Barros, C. (2016). Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(2), 1–2. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200007>

Rocha ESB, Nagliate P, Furlan CEB, Kerson Rocha Jr, Trevizan MA, Mendes IAC (2012). Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*

Sociedade Portuguesa de Neonatologia Reanimação do Recem-nascido de termo na sala de partos. acessado em <http://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/Reanima%C3%A7%C3%A3o-RN-Termo-Sala-de-Partos.pdf>

Sousa, S. (2014). *As Implicações da Posição Materna no Trabalho de Parto. Dissertação de mestrado*. Escola de Enfermagem do Porto, Porto.

Sotto-Mayor, L. (2016). Aborto Espontâneo In M. Néné, R. Marques, M. Baptista (Coordenadores). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.267-276) Lisboa:lidel

Smit, M., Dawson, J. A., Ganzeboom, A., Hooper, S. B., van Roosmalen, J., & te Pas, A. B. (2014). Pulse oximetry in newborns with delayed cord clamping and immediate skin-to-skin contact. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 99(4), F309-314. <http://doi.org/10.1136/archdischild-2013-305484>

Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal & Child Nutrition*, 10(4), 456–473. <http://doi.org/10.1111/mcn.12128>

- Strathearn, L. (2011). Maternal Neglect: Oxytocin, Dopamine and the Neurobiology of Attachment: Maternal Neglect: Oxytocin, Dopamine and Attachment. *Journal of Neuroendocrinology*, 23(11), 1054–1065. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2011.02228.x>
- Suzuki, S. (2013). Effect of early skin-to-skin contact on breast-feeding. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33(7), 695–696. <https://doi.org/10.3109/01443615.2013.819843>
- Tamayo, M, 2003, 4ªEdição, O processo da Investigação científica, Limusa, Noriega Editor, Mexico
- Thukral, A., Sankar, M. J., Agarwal, R., Gupta, N., Deorari, A. K., & Paul, V. K. (2012). Early Skin-to-Skin Contact and Breast-Feeding Behavior in Term Neonates: A Randomized Controlled Trial. *Neonatology*, 102(2), 114–119. <https://doi.org/10.1159/000337839>
- UNICEF (2011) *How to Implement Baby Friendly Standards – A Guide for Maternity Settings*. Acedido em 03/06/2016. Disponível em: [http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby\\_Friendly/Guidance/Implementation%20Guidance/Implementation\\_guidance\\_maternity\\_web.pdf](http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Guidance/Implementation%20Guidance/Implementation_guidance_maternity_web.pdf)
- UNICEF (2013). *Evaluation of programe on perinatal care*. Acedido em 10/06/2016 Disponível em: [http://www.unicef.org/evaldatabase/files/Kyrgyzstan\\_2013-051\\_Evaluation\\_of\\_UNICEF\\_programme\\_on\\_perinatal\\_care\\_2010\\_2013.pdf](http://www.unicef.org/evaldatabase/files/Kyrgyzstan_2013-051_Evaluation_of_UNICEF_programme_on_perinatal_care_2010_2013.pdf).
- Velandia, M., Uvnäs-Moberg, K., & Nissen, E. (2012). Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after Caesarean section. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 101(4), 360–367. <http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02523.x>

Widstrom A.M., Lilja G., Aaltomaa-Michalias P., Dahllof A., Lintula M. & Nissen E. (2011) Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica* **100**,79–85

World Health Organization & UNICEF (2009) *Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised Updated and Expanded for Integrated Care. Section 3: Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital: A 20-Hour Course for Maternity Staff.*

Acedido em 03/06/2016. Disponível em:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594981\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594981_eng.pdf)

Vasconcelos 2009 - <http://www.dcc.fc.up.pt/estagio/avaliacao/relat/node2.html>

# APÊNDICES

## APÊNDICE I - FICHA DE LEITURA - Uso Rotineiro/Selectivo da Episiotomia



## FICHA DE LEITURA

### Nome do Artigo/obra:

Uso seletivo/rotineiro de episiotomia (revisão)

### Data de leitura/consulta/localização:

29/04/2017

### Autor(es):

Hong Jiang, Xu Qian,Guillermo Carroli e Paul Garner

### Ref.<sup>a</sup> Bibliográfica completa:

Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Em The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>

### Palavras-chave:

Episotomy, vaginal birth

### Assunto do artigo/obra:

Revisão sobre a melhor evidencia científica sobre o uso seletivo/rotineiro da episiotomia.

### Síntese do artigo/obra: [sinopse das principais ideias dos autores]

O parto vaginal pode provocar lacerações graves nos tecidos perineais da mulher, sendo que as lacerações por ele provocadas podem estender-se ate ao esfíncter anal.

Em alguns países a realização da episiotomia acontece de forma rotineira. A episiotomia pode originar complicações como: hemorragia, dispareunia, incontinência urinária.

O objetivo da presente revisão é compreender se o uso de episiotomia de forma seletiva previne complicações.

### **Resultados/Discussão dos achados:**

Esta revisão incluiu 11 ensaios clínicos randomizados com 5977 mulheres de vários países (Reino Unido, Irlanda, Alemanha, Argentina, Malásia e Espanha) que comparam o uso da episiotomia de forma seletiva e de rotina em relação aos benefícios/males para as parturientes.

Os autores verificaram que os grupos onde a episiotomia era realizada de forma seletiva apresentavam menos 30% de traumatismos perineais graves comparativamente ao grupo em que a realizavam de forma rotineira.

Em termos de hemorragia no puerpério imediato, incontinência urinária, dispareunia e infecção perineal não existiram diferenças entre o grupo que realizou episiotomia seletiva e o grupo que foi submetido a episiotomia por rotina.

### **Conclusões, sugestões, limitações encontradas:**

Conclui-se que o uso de episiotomia seletiva resulta numa diminuição trauma perineal severo. Para além disso, não existe evidência de que a longo prazo o uso de episiotomia seletiva cause danos para a mãe ou para o recém-nascido.

Os autores referem que nos estudos envolvidos não é possível compreender se o uso de episiotomia de forma rotineira é útil nos partos instrumentalizados (sendo visto com uma limitação encontrada).

**APÊNDICE II - FICHA DE LEITURA -  
O Uso da Massagem Perineal na  
Redução do Trauma Perineal**

## FICHA DE LEITURA

**Nome do Artigo/obra:**

A massagem perineal na redução do trauma perineal

**Data de leitura/consulta/localização:**

05.05.2017

**Autor(es):** Beckmann e Stock

**Ref.<sup>a</sup> Bibliográfica completa:**

Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Em The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>

**Palavras-chave:**

Perineal massage, birth

**Assunto do artigo/obra:**

Avaliar o efeito da massagem perineal no final da gravidez com a incidência do trauma perineal

### **Síntese do artigo/obra: [sinopse das principais ideias dos autores]**

O nascimento normalmente provoca lesões a nível perineal na mulher. O trauma perineal pode resultar da episiotomia ou por lacerações (podem ser classificadas em I, II, III e IV grau). No últimos anos em alguns países a incidência da episiotomia diminuiu, mas as complicações associadas ao trauma perineal não. De acordo com os autores, mesmo com o uso seletivo de episiotomia, as taxas de trauma perineal são altas e em especial nas primíparas. A maioria das mulheres experiencia dor no pós-parto após um parto via vaginal.

De acordo com a literatura as mulheres que apresentam trauma perineal têm mais dor no pós-parto e dispareunia a longo prazo do que as que não sofreram trauma perineal (períneo intacto). Os autores referem ainda que mulheres com um pavimento pélvico mais forte têm mais frequentemente períneo intacto que as restantes, a longo prazo apresentam menos complicações e, conseqüentemente, menos custos a nível hospitalar (redução analgesia, sutura e complicações).

A massagem perineal aumenta a flexibilidade dos músculos do períneo, diminuindo a resistência muscular, o que permite ao períneo a sua distensão no momento do nascimento, diminuindo a existência de lacerações e de episiotomias.

### **Resultados/Discussão dos achados:**

Foram incluídos na presente revisão 4 ensaios clínicos aleatorizados e semi-aleatorizados com 2497 mulheres.

Os principais resultados foram:

Todas as mulheres que a partir das 35 semanas realizaram massagem perineal tiveram menos incidência de trauma perineal e consecutivamente experienciaram menos dor nos pós-parto. Para além disso, mesmo as que sofreram de trauma perineal apresentam menos dor no pós-parto do que as que não fizeram. Não foram observadas diferenças significativas em relação à incidência dos partos instrumentalizados, na satisfação sexual e na incontinência urinária.

Surpreendentemente os autores verificaram que as mulheres que realizaram massagem perineal a partir das 35 semanas apresentaram um período expulsivo mais arrastado.

**Conclusões, sugestões, limitações encontradas:**

Os autores concluem que o uso da massagem perineal no final da gravidez diminui o trauma perineal e a incidências de episiotomia. Pelo que deve haver um incentivo nos cuidados de saúde primários e na preparação para o nascimento para a realização da massagem perineal no final da gravidez.

## APÊNDICE III - Guião de Orientação

<b>Identificação</b>	
Nome: _____ Idade: _____ Raça: _____	
Escolaridade: _____ Profissão: _____	
Antecedentes pessoais: _____	
Fez CPP no parto anterior? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<b>Gravidez</b>	
Índice Obstétrico: _____._____._____ Idade Gestacional: _____ Grupo de Sangue: _____	
Patologias diagnosticadas durante a gravidez: Sim <input type="checkbox"/> Qual/quais? _____ Não <input type="checkbox"/>	
Medicação durante a gravidez: _____	
Fez Curso de Preparação Para o Nascimento/Parentalidade: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Tem Plano de Parto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Quais os aspetos expressos no plano de parto:	
<b>Trabalho de Parto</b>	
Data do Parto: _____ Hora: _____ Índice de Apgar: _____._____._____	
Tipo de Parto: Eutócico <input type="checkbox"/> Distócico: <input type="checkbox"/> Ventosa <input type="checkbox"/> fórceps <input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/> Motivo _____	
Sexo: ____ Peso ao nascer: _____ IA: ____/____/____	
Observação física do RN: Sem alterações <input type="checkbox"/> Com alterações <input type="checkbox"/> Qual/quais? _____	
<b>Segundo o Modelo Adaptativo de Callista Roy</b>	
<b>Necessidades Fisiológicas:</b>	
Observar o RN sobre o ventre materno (sinais de procura da mama/comportamento do RN): _____	
Início de Amamentação na 1ª Hora Vida? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>	
<b>Auto-imagem:</b>	
Ganho de vinculação (observar o comportamento do RN): _____	
<b>Domínio de papeis:</b>	
Adaptação à vida extra-uterina: _____	



Fez CPP: Sim:      Não:      Porque? _____ Tempo do CPP: _____
Administração da Vitamina K em CPP: Sim <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Porque?
Aspiração das vias areas em CPP: Sim <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Porque?
Colocação da Pulseira em CPP: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
<b>Puerpério Imediato</b>
Gostou da experiencia de se colocar o RN em CPP
<b>Puerpério</b>
Amamentação exclusiva no puerpério? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
Amamentação exclusiva a alta hospitalar? Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>



